

Chaparro
, F.



Francisco Serra
Chaparro

Relação do tempo de espera para início da fisioterapia e os resultados clínicos obtidos em utentes com lombalgia

Relatório de Investigação
Mestrado em Fisioterapia em
Condições Músculo-Esqueléticas

Orientador: Professor Doutor Eduardo
Brazete Cruz

novembro de 2025

Relatório de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz.

Declaro que este Relatório de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Francisco Serra Chaparro

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz

Setúbal, de de

Dedicatória

*Oh tu que és humano
E o teu gesto é do peito
Nunca foste grande coisa
Nem serás nada jeito*

Avô Serra

É o que temos

Tia Dores

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer com muito respeito e admiração ao Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz. Muito obrigado pela paciência, rigor e atenção com que me ajudou a realizar o presente trabalho. Foi e será sempre um prazer poder aprender com os melhores.

Mãe e Pai. As palavras não conseguem descrever o orgulho que sinto em ser vosso filho. Eternamente grato pela sabedoria, pela luz ao fundo do túnel e pelas palavras nos momentos difíceis.

Irmão. *Sic Parvis Magna.*

Catarina. Obrigado com amor. Pela disponibilidade, pelo carinho e pelo exemplo. Sem ti seria impossível.

Ao José e a todos os fisioterapeutas que aceitaram fazer parte. Sem vós não era possível.

Aos restantes colegas de mestrado que tornaram esta etapa marcante e inesquecível. Especial agradecimento ao José, Miguel e Mário pelas aventuras e desabafos constantes.

Ao Núcleo Duro. Por estarem sempre presentes e pelo crescimento constante lado a lado.

À minha família, aos meus amigos e aos que comigo partilham o dia-a-dia. O meu maior agradecimento por vos ter ao meu lado.

RESUMO

Relação do tempo de espera para início da fisioterapia e os resultados clínicos obtidos em utentes com lombalgia

Francisco Serra Chaparro; Eduardo Brazete Cruz

Palavras-chave: Lombalgia; Fisioterapia; Tempo de espera; Acesso; Resultados clínicos.

Introdução: A lombalgia é a condição musculoesquelética mais prevalente em Portugal e uma das principais causas de incapacidade a nível global. Apesar de a maioria dos episódios apresentar evolução favorável nas primeiras semanas, o acesso precoce à fisioterapia tem sido destacado como um possível fator positivo para os resultados clínicos como a dor, funcionalidade e qualidade de vida. Contudo, em Portugal, o impacto do tempo de espera até ao início da fisioterapia permanece desconhecido, particularmente quando comparados os contextos de prestação de cuidados convencionado e privado. **Objetivo:** Analisar a influência do tempo de espera até ao início da fisioterapia nos resultados clínicos em indivíduos com lombalgia, avaliando diferenças entre utentes tratados em clínicas convencionadas com o SNS e clínicas privadas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional de coorte prospetivo, multicentro numa amostra de 56 utentes com lombalgia. Os participantes foram avaliados no início do tratamento e após seis semanas, utilizando a Escala Numérica da Dor (END), o Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) e o EQ-5D-3L. Foram ainda recolhidos dados relativos ao início dos sintomas, consulta médica e primeira sessão de fisioterapia para aferir os tempos de espera. A relação entre tempo de espera e resultados clínicos foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** O tempo médio entre o início dos sintomas e a primeira sessão de fisioterapia foi de 71 ± 56 dias, sendo significativamente superior no contexto convencionado. Globalmente, observaram-se melhorias em todos os resultados clínicos após seis semanas, com maior magnitude no setor privado. Identificaram-se correlações moderadas positivas e significativas entre maiores tempos de espera e piores níveis de intensidade da dor ($c = 0,496$; $p = 0,005$) e incapacidade ($c = 0,505$; $p = 0,004$), bem como correlações moderadas negativas com a qualidade de vida ($c = -0,446$; $p = 0,012$). **Conclusões:** Os atrasos no acesso à fisioterapia associaram-se a piores resultados clínicos, indicando que o tempo de espera é um fator modificável com impacto significativo na dor, incapacidade e qualidade de vida. Estes achados reforçam a necessidade de rever os modelos de referenciação no SNS, promovendo vias mais diretas e céleres para fisioterapia e adotando estratégias de intervenção precoce com potencial para melhorar resultados, otimizar recursos e promover maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Relationship between waiting time for physiotherapy and clinical outcomes in patients with low back pain

Francisco Serra Chaparro; Eduardo Brazete Cruz

Keywords: Low back pain; Physiotherapy; Waiting time; Access; Clinical outcomes.

Background: Low back pain is the most prevalent musculoskeletal condition in Portugal and one of the leading causes of disability worldwide. Although most episodes show favourable progress in the first few weeks, early access to physiotherapy has been highlighted as a potential positive factor in clinical outcomes such as pain, functionality and quality of life. However, in Portugal, the impact of waiting time until the start of physiotherapy remains unknown, particularly when comparing the contexts of conventional and private healthcare provision. **Objective:** To investigate the influence of waiting time until the start of physiotherapy on clinical outcomes in individuals with low back pain, assessing differences between users treated in clinics affiliated with the National Health Service and private clinics. **Methods:** A prospective, multicentre observational cohort study was conducted involving 56 patients with low back pain. Participants were assessed at the start of treatment and after six weeks using the Numerical Pain Scale (NPS), the Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) and the EQ-5D-3L. Waiting times for symptom onset, medical consultation, and first physiotherapy session were also collected. The relationship between waiting time and clinical outcomes was analysed using Spearman's correlation coefficient. **Results:** The average time between the onset of symptoms and the first physiotherapy session was 71 ± 56 days, which was significantly longer in the conventional setting. Overall, improvements were observed in all clinical outcomes after six weeks, with greater magnitude in the private sector. Moderate positive and significant correlations were identified between longer waiting times and worse levels of pain intensity ($c = 0,496$; $p = 0,005$) and disability ($c = 0,505$; $p = 0,004$), as well as moderate negative correlations with quality of life ($c = -0,446$; $p = 0,012$). **Conclusion:** Delays in access to physiotherapy were associated with worse clinical outcomes, indicating that waiting time is a modifiable factor with a significant impact on pain, disability, and quality of life. These findings reinforce the need to review referral models in the NHS, promoting more direct and rapid pathways to physiotherapy and adopting early intervention strategies with the potential to improve outcomes, optimise resources and promote greater equity in access to healthcare.

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	11
2.1. Tipo de estudo.....	11
2.2. Recrutamento dos participantes	11
2.4. Recolha de dados.....	15
2.5. Análise de dados	16
3. Apresentação de Resultados	18
3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	19
3.2. Caracterização do tempo de espera	22
3.4. Evolução clínica dos utentes.....	25
3.5. Relação entre o tempo de espera e os resultados clínicos reportados	26
4. Discussão	29
4.1. Limitações do Estudo	33
4.2. Implicações Clínicas e Perspetivas Futuras	35
5. Conclusão.....	36
Bibliografia	37
Apêndices.....	48
Apêndice 1- Parecer da Comissão de Ética	48
Apêndice 2- Caderno de Recolha	50
Apêndice 3- Caderno de Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico e <i>Outcomes</i> de estudo	62

Lista de figuras

Figura 1- Fluxograma do estudo

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográficas

Tabela 2- Caracterização clínica

Tabela 3- Caracterização do Tempo Médio de Espera para o início da fisioterapia

Tabela 4- Resultados Clínicos na *Baseline*

Tabela 5- Resultados Clínicos

Tabela 6- DMCI para a Dor e Incapacidade

Tabela 7- Correlação de *Spearman* Global

Tabela 8- Correlação de *Spearman* para a Dor, Incapacidade e Qualidade de Vida

Lista de Abreviaturas, acrónimos e siglas

DMCI- Diferença Mínima Clinicamente Importante

END- Escala Numérica da Dor

ERS- Entidade Reguladora de Saúde

GBD- *Global Burden of Disease*

HSU- *Health Services Utilization*

IC- Intervalo de Confiança

IMC- Índice de Massa Corporal

MFR- Medicina Física e de Reabilitação

OR- *Odds Ratio*

RAP- Resíduos Ajustados Padronizados

RMDQ- *Roland Morris Disability Questionnaire*

SBST- *Start Back Screening Tool*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

VAS- Escala Visual Análoga

YLDs- Anos de vida perdidos ajustados à incapacidade

1. Introdução

A dor lombar, ou lombalgia, é usualmente definida como dor e desconforto, localizada na zona posterior da coluna, entre a 12^a costela e a prega glútea inferior, com ou sem dor referida para o membro inferior (Hurwitz *et al.*, 2018). Pode ser classificada como tendo uma origem específica ou não específica, conforme esteja, ou não, associada a alguma patologia (Verhagen *et al.*, 2016). Apesar de existirem algumas causas específicas importantes desta condição, tais como a patologia cancerígena, fratura vertebral, doenças inflamatórias, que requerem um tratamento direcionado, estas correspondem apenas a cerca de 5-10% dos casos (Hartvigsen *et al.*, 2018). A lombalgia não específica, que representa cerca de 90-95% dos casos, encontra-se associada a uma variedade de fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais limitam a função e participação social (Hartvigsen *et al.*, 2018; Verhagen *et al.*, 2016).

A lombalgia é a condição músculo-esqueléticas mais comum e tem elevada prevalência, sendo que 25% dos indivíduos que se apresentam para tratamento desta patologia terão novo episódio dentro de um ano (Edwards *et al.*, 2017). Em 2020, o número de casos prevalentes de dor lombar a nível global foi de 619 milhões (IC 95% 554–694), o que corresponde a um aumento significativo de 60,4% em comparação com os valores agregados de 1990 para todas as idades e ambos os sexos. No entanto, a taxa global padronizada pela idade de prevalência da dor lombar em 2020 foi de 7460 por 100 000 habitantes (IC 95% 6690–8370), o que representa uma redução de 10,4% em relação a 1990, quando a taxa era de 8330 (IC 95% 7470–9360). Em 1990, a dor lombar foi responsável por 43,4 milhões (IC 95% 30,5–57,9) de anos vividos com incapacidade (YLDs), representando 7,7% do total de YLDs por todas as causas. Em 2020, esse número aumentou para 69 milhões (IC 95% 47,9–88,9), mantendo a dor lombar como principal fator contribuinte para os YLDs a nível global (Ferreira, M. *et al.*, 2021).

Entre as 21 regiões analisadas pelo *Global Burden of Disease* (GBD), a maior taxa padronizada pela idade de prevalência por 100 000 habitantes foi registada na Europa Central (12 800; IC 95% 11 500–14 400), seguida pela Europa de Leste (11

200; IC 95% 10 100–12 500) e pela Austrália (11 100; IC 95% 9710–12 600). As taxas globais de prevalência foram mais elevadas entre as mulheres em comparação com os homens em todos os grupos etários, sendo as diferenças mais acentuadas nos grupos acima dos 75 anos. A prevalência e os *YLDs* aumentam com a idade, atingindo um pico aos 85 anos. O grupo etário de 80–84 anos apresentou a maior taxa de *YLDs* por 100 000 habitantes (2440; IC 95% 1470–3490) (Ferreira, M. *et al*, 2021).

Estima-se que o número total de casos de lombalgia aumente em 36,4% até 2050, com os maiores crescimentos previstos para a Ásia e África. Esse aumento será impulsionado pelo crescimento populacional, embora em algumas regiões, o envelhecimento da população seja o fator predominante (Ferreira, M. *et al.*, 2021).

Em Portugal, a lombalgia é a condição musculoesquelética mais prevalente, segundo os dados do estudo *EpiReumaPt* (Branco *et al.*, 2016). Esta investigação, de base populacional e conduzida entre 2011 e 2013, incluiu uma amostra representativa de 10.661 adultos, dos quais 3.877 foram avaliados clinicamente por reumatologistas. A prevalência da lombalgia na população adulta portuguesa foi estimada em 26,4% (IC 95%: 23,3% - 29,5%), sendo mais comum nas mulheres (29,6%) do que nos homens (22,8%) (Branco *et al.*, 2016). O estudo revelou ainda que a prevalência desta condição aumentava com a idade, atingindo o pico na faixa etária dos 46–55 anos, com uma taxa de 27,7% (IC 95%: 23,1% - 32,4%). Por outro lado, a lombalgia foi também identificada como uma das condições associadas a pior qualidade de vida relacionada com a saúde e a maior incapacidade funcional ($\beta = -0,09$, IC 95%: $-0.13 - -0.05$; $\beta = +0,13$, IC 95%: $0.08 - 0.17$, respetivamente) (Branco *et al.*, 2016).

O curso clínico da lombalgia apresenta, frequentemente, um prognóstico favorável, sendo que a maioria dos indivíduos melhora substancialmente a dor e incapacidade associada nas primeiras 6 a 12 semanas (Costa *et al.*, 2012). No entanto, os episódios recorrentes são comuns e a lombalgia é percebida como uma condição de longa duração com um curso variável em vez de episódios sem relação entre si (Hartvigsen *et al.*, 2018). Após as 6 semanas, a progressão na melhoria dos sintomas torna-se mais lenta, sendo que aos 3 e aos 12 meses, dois terços dos

utentes ainda reportam alguma dor (67%, IC 95% 50-83; 65%, IC 95% 54-75, respetivamente) e cerca de 10 a 15% corre o risco de desenvolver uma condição de dor persistente e incapacitante (lombalgia crónica) (Costa *et al.*, 2012; da Silva *et al.*, 2019; Itz *et al.*, 2013). Este subgrupo de indivíduos que transita para uma condição de dor persistente e incapacitante é responsável pela maior parte dos custos associados ao tratamento da lombalgia, aos quais acrescem os custos indiretos associados ao absentismo, incapacidade profissional ou redução da produtividade, entre outros (Silva, A., 2022)

Neste sentido, esta condição deve ser valorizada nos serviços de saúde uma vez que está associada a incapacidade persistente ou recorrente por longos períodos de tempo, pior qualidade de vida relacionada com a saúde, ansiedade e presença de sintomas depressivos, e a elevados encargos decorrentes do absentismo laboral, perdas de produtividade, reformas antecipadas, e elevado consumo de meios em cuidados de saúde, tal como descritas no estudo de Azevedo e colaboradores (2014).

Apesar do prognóstico favorável, o acesso atempado aos serviços de fisioterapia parece ser um fator relevante para os resultados clínicos obtidos e para a maior ou menor utilização de cuidados de saúde (Deslauriers S. *et al.*, 2021). No entanto, este acesso é demorado e/ ou limitado em muitos países.

No Canadá, por exemplo, o tempo médio de espera para ter acesso ao serviço ambulatório de fisioterapia foi de 35 dias em Ontário (2005) e 4,6 meses no Quebec (2015). Já no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, mais de metade dos serviços ambulatórios comunicaram um tempo médio de espera superior a quatro semanas para os serviços de fisioterapia por lesões músculo-esqueléticas em 2012 (Deslauriers *et al.*, 2019). Em Portugal, não existem dados relativos ao tempo de espera.

Por outro lado, e embora os estudos realizados, que comparam a intervenção precoce da fisioterapia com a intervenção tardia, sejam ainda escassos e os seus resultados inconsistentes, parece existir maior probabilidade de obter reduções importantes na intensidade da dor e melhorias na funcionalidade, bem como redução do consumo de recursos de saúde subsequentes (exames de imagem,

medicamentos e outros serviços de saúde), quando os utentes têm acesso precoce à fisioterapia, particularmente quando se trata de um episódio de lombalgia agudo (Deslauriers S. *et al.*,2021).

Num trabalho conduzido por Arnold *et al.* (2019), foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar se o momento de início da fisioterapia influencia a utilização subsequente de serviços de saúde (*Health Services Utilization – HSU*) em indivíduos com lombalgia aguda. Após o processo de triagem e aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 11 estudos: cinco ensaios clínicos aleatorizados, quatro estudos de coorte retrospectivos e dois de coorte prospectivos. Estes estudos foram desenvolvidos maioritariamente nos Estados Unidos e envolveram uma amostra global superior a um milhão de participantes com idade adulta.

Os critérios para definir intervenção precoce variaram ligeiramente entre os estudos incluídos. Cinco deles consideraram fisioterapia precoce como aquela iniciada até 48 ou 72 horas após a consulta médica (Fritz *et al.*, 2015; Nordeman *et al.*, 2006; Zigenfus *et al.*, 2000; Fritz *et al.*, 2017; Rhon *et al.*, 2018), dois estudos utilizaram um intervalo de até 14 dias desde o início de sintomas (Fritz *et al.*, 2012; Childs *et al.*, 2015), e outros dois alargaram a definição para até 30 dias (Gellhorn *et al.*, 2012; Karvelas *et al.*, 2019). Liu e colaboradores (2018) propôs uma abordagem mais detalhada, distinguindo quatro categorias: fisioterapia imediata (até 3 dias), precoce (4 a 14 dias), tardia (15 a 28 dias) e muito tardia (29 a 90 dias) após a consulta inicial com o médico.

Relativamente aos resultados obtidos, seis estudos compararam diretamente fisioterapia precoce com fisioterapia tardia, e cinco compararam fisioterapia precoce com cuidados habituais (descritos como educação, repouso e vigilância). Dos estudos que compararam intervenções precoces (até 14 dias após início do episódio) com tardias (mais de 14 dias após início do episódio), cinco mostraram consistentemente que iniciar fisioterapia mais cedo estava associado a uma redução significativa da utilização de serviços de saúde subsequentes. Mais concretamente, o início precoce da fisioterapia foi associado a uma redução da utilização de opioides ($OR = 0,69$; IC 95%: 0,53–0,84), a menor probabilidade de

receber infiltrações ($OR = 0,49$; IC 95%: 0,41–0,58) e a uma menor taxa de cirurgia da coluna ($OR = 0,47$; IC 95%: 0,31–0,64).

Já nos cinco estudos que compararam fisioterapia precoce com cuidados habituais sem fisioterapia, os resultados foram menos consistentes. Alguns trabalhos demonstraram ligeiros aumentos nos custos no grupo da fisioterapia precoce. Por exemplo, Fritz e colaboradores (2017) verificaram que os utentes tratados precocemente tiveram um custo adicional de 580 dólares (IC 95%: 175–984) um ano após o início do episódio. No entanto, este mesmo estudo mostrou também que estes indivíduos apresentaram melhor qualidade de vida relacionada com a saúde, expressa em ganhos de 0,020 anos de vida ajustado à qualidade (IC 95%: 0,005–0,035; $p = 0,008$). Já no estudo conduzido por Rhon *et al.* (2018), os autores identificaram um custo superior com fisioterapia precoce (2.016,31 vs. 1.096,37 dólares; $p = 0,001$), mas menor prescrição de opioides, corroborando com o trabalho de Thackeray e colaboradores (2018), que também referiram uma menor taxa de prescrição de opioides com fisioterapia precoce (7,9% vs. 13,0%).

Num outro estudo de Wand e colaboradores (2004), foram comparados, através de um ensaio clínico aleatorizado, os efeitos de duas abordagens em utentes com lombalgia: a abordagem “avaliar/aconselhar/tratar” (intervenção precoce) e a abordagem “avaliar/aconselhar/esperar” (intervenção diferida). Os autores procuraram igualmente analisar se o momento da intervenção teria impacto nos resultados clínicos a curto e a longo prazo. Ambos os grupos receberam uma avaliação inicial e aconselhamento baseado nas diretrizes clínicas do *Royal College of General Practitioners* (1996), incluindo o conteúdo do *The Back Book* (1996). A intervenção consistiu em educação biopsicossocial, terapia manual baseada no modelo de *Maitland* (Maitland *et al.*, 2000) e exercícios individualizados focados na reabilitação funcional (Richardson *et al.*, 1999; Hides *et al.*, 1996).

Os participantes foram avaliados no início do estudo e acompanhados através de questionários postais às 6 semanas, 3 meses e 6 meses. Os principais instrumentos de avaliação incluíram o *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) para avaliar a funcionalidade (Roland & Morris, 1983), a Escala Visual Analógica (VAS) para avaliação da dor (Bolton, 1999), escalas para avaliação da

ansiedade (STAIS; Spielberger *et al.*, 1970), da depressão (MZSRDS; Main & Waddell, 1984) e indicadores de saúde geral e qualidade de vida (EuroQol; The EuroQol Group, 1990; SF-36; Ware *et al.*, 1993).

Ao fim de 6 semanas, os resultados demonstraram que o grupo que recebeu tratamento precoce apresentou melhorias estatisticamente significativas na funcionalidade, com uma diferença média no RMDQ de $-2,9$ em comparação com o grupo em lista de espera ($p = 0,02$). Verificaram-se também melhorias relevantes nos sintomas de ansiedade, com uma diferença média no STAIS de $-2,7$ ($p = 0,01$), e nos sintomas depressivos, com uma diferença média no MZSRDS de $-7,0$ ($p = 0,007$).

A percepção global de saúde apresentou igualmente uma evolução favorável no grupo de intervenção precoce, com um aumento médio de 12 pontos no *EuroQol Health Thermometer* ($p = 0,006$). Além disso, registaram-se melhorias significativas em vários domínios da qualidade de vida (SF-36), nomeadamente na função física ($+10$, $p = 0,01$), vitalidade ($+11$, $p < 0,001$), funcionamento social ($+16$, $p = 0,004$) e saúde mental ($+14$, $p = 0,002$). Estas melhorias foram superiores às observadas no grupo que aguardou seis semanas antes de iniciar o tratamento (Wand *et al.*, 2004).

A longo prazo (3 e 6 meses), não se observaram diferenças significativas entre os grupos em dor e funcionalidade ($p = 0,61$; $p = 0,94$, respetivamente). Contudo, os efeitos positivos nos domínios psicossociais, incluindo ansiedade, depressão e componentes da qualidade de vida mantiveram-se mais favoráveis no grupo submetido à intervenção precoce. Os autores salientaram que, embora a dor e a incapacidade funcional tenham tido melhorias ao longo do tempo (3 e 6 meses) em ambos os grupos, a intervenção precoce tem um impacto direto sobre os fatores psicossociais, reconhecidos como preditores da persistência da lombalgia (Linton, 2000).

Num estudo mais recente de Marrache e colaboradores (2022) foi investigado o impacto da fisioterapia precoce na utilização de cuidados de saúde e nos custos associados à lombalgia, analisando dados de quase 1 milhão de adultos norte-americanos ($n = 979.223$) entre 2010 e 2014. Os autores compararam os grupos

com e sem fisioterapia precoce na realização de exames, consultas, procedimentos e custos associados nos primeiros 30 dias e ao longo de um ano.

A intervenção precoce em fisioterapia foi definida como a realização de pelo menos uma sessão de fisioterapia no prazo máximo de duas semanas (14 dias) após a primeira consulta médica por lombalgia. Esta definição permitiu dividir os participantes em dois grupos: um grupo que recebeu fisioterapia precoce, ou seja, que iniciou o tratamento dentro das duas primeiras semanas após a consulta inicial, e outro grupo que não recebeu fisioterapia nesse período, incluindo os utentes que iniciaram o tratamento após esse intervalo ou que não realizaram fisioterapia. Segundo os autores, a escolha deste limite temporal teve como fundamento a intenção de captar intervenções realizadas durante a fase aguda da dor lombar, momento em que os sintomas tendem a ser mais intensos e os utentes estão mais propensos a procurar cuidados de saúde (Marrache *et al.*, 2022). Esta definição temporal permitiu aos autores avaliar de forma mais precisa os efeitos da fisioterapia precoce na utilização dos serviços de saúde e nos custos associados, tanto a curto prazo (30 dias após o episódio inicial), como a longo prazo (1 ano).

Após 30 dias, os utentes que iniciaram fisioterapia precocemente apresentaram uma probabilidade significativamente menor de recorrer a vários serviços médicos dispendiosos, nomeadamente imagiologia avançada (OR = 0,57; IC: 0,56-0,58), consultas com quiropráticos (OR = 0,41; IC: 0,40-0,42) visitas ao serviço de urgência (OR = 0,51 ; IC: 0,49-0,54), infiltrações epidurais (OR = 0,68; IC: 0,65-0,70), consultas com ortopedistas (OR = 0,67; IC: 0,66-0,69) e com especialistas em dor (OR = 0,49; IC: 0,47-0,51).

No estudo de Marrache *et al.* (2022), apenas 11% dos pacientes receberam fisioterapia precoce, um valor que os autores consideram consistente com investigações anteriores (Fritz *et al.*, 2012; Childs *et al.*, 2015). Esta baixa taxa é atribuída sobretudo à existência de recomendações clínicas contraditórias, com algumas normas de orientação clínica a defenderem a intervenção precoce da fisioterapia e outras a privilegiarem inicialmente estratégias e modalidades passivas, e também devido à crença de muitos médicos de que a lombalgia aguda tende a resolver-se espontaneamente em duas a quatro semanas, o que conduz a

práticas mais conservadoras e ao adiamento do encaminhamento. Neste contexto, importa considerar que, no modelo atual comum aos sistemas de saúde dos países ocidentais desenvolvidos, os médicos de cuidados de saúde primários (médicos de família ou clínicos gerais) assumem o papel de primeiro contacto e são os principais responsáveis pela referência para outras especialidades ou para profissionais como os fisioterapeutas (Demont *et al.*, 2021).

Em suma, a literatura demonstra que a lombalgia é bastante prevalente e representa um dos principais motivos de incapacidade a nível global, sendo maioritariamente classificada como não específica e influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Hartvigsen *et al.*, 2018; Verhagen *et al.*, 2016). Apesar do curso clínico geralmente favorável nas primeiras semanas, muitos indivíduos mantêm sintomas e uma parte evolui para dor persistente, contribuindo para elevados custos diretos e indiretos (Costa *et al.*, 2012). A evidência indica que o acesso precoce à fisioterapia, sobretudo nas primeiras duas semanas, está associado a menor utilização subsequente de serviços de saúde e, em alguns estudos, a melhores resultados clínicos e psicossociais, embora ainda existam inconsistências quando comparado com cuidados habituais (Arnold *et al.*, 2019; Wand *et al.*, 2004; Marrache *et al.*, 2022). No entanto, o acesso precoce continua limitado em vários sistemas de saúde devido a tempos de espera prolongados, práticas clínicas conservadoras e recomendações divergentes (Deslauriers *et al.*, 2021).

Apesar da elevada prevalência da lombalgia em Portugal e do seu impacto significativo na qualidade de vida, permanece uma lacuna importante no conhecimento nacional sobre os efeitos do tempo de espera até ao início da fisioterapia. Embora existam estudos internacionais que recomendam uma abordagem precoce, não se conhece o modelo e a prática clínica portuguesa quanto ao momento em que os utentes iniciam fisioterapia. Este desconhecimento pode influenciar não apenas os custos do sistema de saúde, mas sobretudo os resultados clínicos dos utentes.

Em Portugal o estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, define o SNS como sendo um “conjunto organizado e

hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”. O estatuto do SNS prevê, no entanto, para além dos estabelecimentos que integram o SNS, a possibilidade de celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através do estabelecimento de convenções. As convenções têm por objeto a prestação de cuidados de saúde com fins de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e terapêutica da doença e de reabilitação, não devendo pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada do sector público, nem prejudicar a acessibilidade do cidadão. Este sector, é caracterizado pela existência de numerosas unidades, geralmente de pequena dimensão, cuja oferta é muitas vezes limitada a algumas áreas de intervenção: consulta de fisioterapia e tratamentos de fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala. O financiamento destas unidades privadas de saúde, depende maioritariamente de acordos estabelecidos com o estado (convenções) ou com outros subsistemas de saúde e seguradoras. De acordo com dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), cerca de 65% das unidades privadas de Fisioterapia assentam o seu funcionamento no “modelo convencionado”. Este modelo pressupõe 2 consultas: uma com o Médico de Medicina Geral e familiar e outra com o Fisiatra da clínica em que vai receber tratamento, sendo que só após esta segunda consulta é que existe referência para a fisioterapia.

Por outro lado, o contexto privado não convencionado, que corresponde a cerca de 35% das clínicas de Fisioterapia privadas em Portugal, representam uma parte importante da oferta de reabilitação no setor, existindo um crescimento desse tipo de unidades privadas sem convenção ao longo dos últimos anos. No que toca ao acesso, localização e distribuição física destes prestadores, estes não são homogêneos: a ERS assinala desigualdades regionais na oferta de unidades privadas de saúde, com certos concelhos sem qualquer estabelecimento registado. Estas clínicas/gabinetes não convencionados podem oferecer flexibilidade e alternativas para os utentes (por exemplo, sem necessidade de referência ou espera pelas listas convencionadas), podendo ou não ter consultado um Médico de Medicina Geral e Familiar (ou outro tipo de médico) antes de procurar cuidados

neste tipo de unidades. É responsabilidade da ERS a regulação e monitorização adequadas destes espaços de saúde.

Assim, o objetivo com o presente projeto será investigar o impacto do tempo de espera para início da fisioterapia, definido como período temporal entre o início dos sintomas e a primeira sessão efetiva de fisioterapia nos resultados clínicos após tratamento, nomeadamente na obtenção de efeitos positivos após intervenção nos domínios de Dor, Funcionalidade e Qualidade de Vida. A hipótese colocada é que quanto menor for o tempo de espera, maior será a probabilidade de obter resultados positivos nos *outcomes* clínicos mencionados.

A importância deste estudo assenta no conhecimento do impacto do tempo de espera até ao início da fisioterapia nos resultados clínicos em utentes com lombalgia. Se for confirmada que uma intervenção precoce em fisioterapia se associa a melhores resultados ao nível da dor, da funcionalidade e da qualidade de vida, estes poderão fundamentar e repensar as políticas de referenciação e apoiar futuras orientações clínicas baseadas em dados concretos. Para além disso, poderão contribuir para uma maior sensibilização dos médicos de cuidados de saúde primários quanto à relevância da referenciação atempada para fisioterapia, promovendo uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde e potenciando ganhos efetivos para os utentes.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional de coorte prospetivo, multicentro, com utentes que iniciaram tratamento por lombalgia de qualquer duração, em Unidades de MFR convencionadas com o SNS e em clínicas privadas de fisioterapia. Os dados foram recolhidos em unidades registadas na ERS de Portugal Continental e Açores entre abril e setembro de 2025.

O estudo foi submetido, para parecer, à Comissão Ética do Instituto Politécnico de Setúbal (CE-IPS) para apreciação dos aspetos éticos inerentes ao mesmo, e da qual recebeu parecer positivo (CE-IPS nº 143 / 2025- Apêndice 1).

2.2. Recrutamento dos participantes

Os dados do estudo foram recolhidos mediante o contacto e autorização da direção clínica e dos fisioterapeutas que intervêm em pessoas com lombalgia em regime convencionado e privado. Foram elegíveis todas as pessoas que iniciaram tratamento nas unidades parceiras por queixas de lombalgia, de qualquer duração, caracterizando-se como pessoas com dor localizada na região lombar com ou sem dor referida para os membros inferiores, sem causa específica; com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos; e que saibam ler e escrever em português europeu. Foram excluídas as pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia lombar nos últimos 6 meses ou a outro tratamento conservador nos últimos 3 meses; que apresentassem sinais de compressão radicular, cauda equina, comprometimento neurológico, doença sistémica e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna, fratura ou risco de fratura associada a osteoporose (Smeets *et al.*, 2006), e mulheres em estado de gravidez (Garshasbi & Faghieh Zadeh, 2005). Em cada unidade parceira, para utentes e respetivos Fisioterapeutas foi fornecida uma carta explicativa com toda a informação relativa ao estudo, assegurando a sua voluntariedade, confidencialidade e o anonimato dos seus dados e a garantia de que poderá suspender a sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo

de desvantagem ou constrangimento. Os utentes e respetivos Fisioterapeutas que aceitaram participar foram convidados a assinar o consentimento informado e receberam uma cópia do mesmo (Apêndice 2).

2.3. Instrumentos de Medida

Foram utilizados instrumentos para avaliação do utente, nomeadamente um questionário de caracterização sociodemográfica/clínica, a versão portuguesa da *Start Back Screening Tool*, a Escala Numérica da Dor, o *Rolland-Moris Disability Questionnaire* e a *EQ-5D-3L*.

2.3.1. Questionário caracterização sociodemográfica/clínica

O questionário de caracterização tem duas secções distintas: sociodemográfica e clínica. Na secção de caracterização sociodemográfica foi recolhida informação relativa à idade, sexo, peso, altura, nível educacional, estado civil e situação profissional tendo por base o questionário utilizado no programa SPLIT (Cruz *et al*, 2018). Relativamente à secção clínica foi recolhida informação relativa aos motivos para procurar tratamento, data de início do atual episódio de lombalgia, histórico de lombalgia, dor referida para os membros inferiores (Gomes L., *et al*, 2023), tempo de espera para iniciar a fisioterapia, definido como o número de dias que o utente esperou pela consulta de Medicina Física e Reabilitação, desde o início do episódio atual, e número de dias que o utente esperou pelo início da Fisioterapia (primeira sessão) desde o início do episódio atual. No caso das clínicas privadas, onde a referência médica não é obrigatória, o tempo de espera é avaliado desde o início dos sintomas até à primeira sessão efetiva de fisioterapia. Caso os participantes que recorrem ao setor privado tenham consultado previamente um médico (Médico de Medicina Geral e Familiar, Ortopedista ou Fisiatra), seja fora da clínica ou na própria clínica onde iniciam o tratamento, fornecem as mesmas informações que os utentes do sistema convencionado: data de início dos sintomas, data da consulta médica e data de início da fisioterapia.

2.3.2. START Back Screening Tool

A *START Back Screening Tool* (SBST) é um instrumento de autopreenchimento de 9 questões que visa avaliar o risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante, e agrupar os utentes com lombalgia em diferentes níveis de risco (baixo, médio e elevado) (Hill *et al.*, 2008). As primeiras quatro questões estão relacionadas com a dor e limitações em atividades funcionais enquanto as cinco seguintes se relacionam com características psicossociais, como o medo e evitamento do movimento, ansiedade, catastrofização, depressão e incómodo da dor. As 6 questões de 1 a 8 são de resposta dicotómica (“concordo” =1 ou “não concordo” =0), e a última através de uma escala de *Likert* com cinco opções (as primeiras 3 opções pontuadas com 0 e as restantes com 1 ponto). O resultado corresponde à soma das respostas e pode variar entre 0 e 9, permitindo a categorização dos indivíduos quanto ao risco de desenvolver dor persistente e incapacitante. Quando a pontuação é igual ou inferior a 3, é classificado com “baixo risco” de desenvolver dor persistente e incapacitante; quando é superior a 3, é calculada a pontuação das questões 5 a 9 (subescala psicossocial). Se a pontuação nessa subescala for inferior ou igual a 3, o utente é classificado como tendo um “médio risco”. Se a pontuação for superior a 3 nessa subescala, o indivíduo é classificado como tendo um “elevado risco” de desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill *et al.*, 2008; Hill *et al.*, 2011). A SBST apresenta uma boa consistência interna (α de *Cronbach* de 0,79 para o valor total da escala e de 0,74 para a subescala psicossocial). A fiabilidade teste-reteste (valor de *Kappa*) foi de 0,73 para o valor total da escala e 0,69 para a subescala psicossocial. Este instrumento apresenta ainda sensibilidade de 80,1%, especificidade de 65,4%, rácio de verossimilhança positivo (LR+) de 2,32 e rácio de verossimilhança negativo (LR-) de 0,30 para o valor de cut-off de RMDQ ≥ 7 (Hill *et al.*, 2008). A versão portuguesa da SBST (SBST-PT) (Raimundo *et al.*, 2017) apresenta uma fiabilidade teste reteste (valor de *Kappa*) de 0,74 para todo o instrumento e de 0,76 para a subescala psicossocial. Esta escala apresenta uma consistência interna (α de *Cronbach*) para a versão portuguesa de 0,673 para o valor total da escala e 0,544 para a subescala psicossocial. Ambos os valores se encontram abaixo do mínimo recomendável de 0,70, mas têm uma ponderação moderada (Martins V., 2020). O

trabalho de Martins (2020) demonstrou que o SBST (versão adaptada para Portugal) apresenta validade de constructo, com um nível de correlação de 0,672 entre a média da pontuação total do SBST-PT com o RMDQ, de 0,479 com a END e de 0,533 com a EQ-5D, com um nível de significância de $p < 0,005$ para todos os valores.

2.3.3. Escala Numérica da Dor

A intensidade da dor foi avaliada através da versão gráfica da Escala Numérica da Dor (END). Esta é uma escala de auto-reporte de 11 pontos, cuja classificação varia entre 0 (sem dor) e 10 (pior dor imaginável). Apresenta uma correlação elevada com a Escala Visual Análoga (EVA) (86 a 95%) (Kremer & Atkinson, 1981; Herr *et al.* 2004), elevada consistência interna (α de *Cronbach*=0.88) (Herr *et al.* 2004) e elevada fidedignidade teste-reteste (r *Pearson* = 0,92) (Williamson & Hoggart, 2005; Jensen & McFarland, 1993)). A diferença mínima clinicamente importante (DMCI) estabelecida é de uma redução de 30% face à pontuação inicial (Childs *et al.*, 2005; Dworkin *et al.*, 2008). Este instrumento apresenta-se validado para a população portuguesa (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2011).

2.3.4. Rolland-Moris Disability Questionnaire

A capacidade funcional foi avaliada através do *Roland-Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) (Rolland & Moris, 1983). Este é um questionário de autopreenchimento composto por 24 questões sobre a dor em diferentes atividades diárias, sendo que os resultados variam entre 0 (sem incapacidade) e 24 (incapacidade severa). A versão original deste instrumento apresenta boa consistência interna (α de *Cronbach*= 0,90) (Kopec *et al.*, 1995) e boa fidedignidade teste- reteste (r de *Pearson* =0,83 (Deyo, 1986). Encontra-se também adaptado e validado para a população portuguesa por, Monteiro, Faísca, Nunes e Hipólito (2010) que utilizou uma amostra de conveniência de 112 utentes com lombalgia, apresentando também elevada consistência interna (α de *Cronbach*=0,81; teste-reteste=0,86), elevada correlação com a END (r =0,73) e correlação moderada com

o Teste de *Schouber* e com o Grau de Flexão anterior da coluna ($r = -0,52$ e $r = 0,42$). Neste sentido, a análise psicométrica mostrou que esta escala fornece medidas fiáveis e válidas de incapacidade em indivíduos com lombalgia, encontrando-se assim adaptado e validado para os utentes portugueses (Monteiro *et al.*, 2010). A DMCI estabelecida é de uma redução de 30% face à pontuação inicial (Ostelo *et al.*, 2008).

2.3.5. EuroQol-5D-3L

A qualidade de vida relacionada com a saúde foi avaliada através da versão de 3 níveis da EQ-5D (EQ-5D-3L). Este instrumento avalia o estado e a qualidade de vida relacionada com a saúde, tendo por base 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão, existindo 3 níveis por cada dimensão, compondo 243 estados de saúde distintos. O resultado é expresso num índice entre 0 (“pior estado de saúde imaginável”) e 1 (“o melhor estado de saúde imaginável”) e traduzido num índice de resultados que será interpretado de acordo com os dados normativos da população portuguesa. Esta estimativa é de 0,758, variando entre -0,5 e 1 (Ferreira *et al.*, 2013). A versão traduzida e adaptada para a população portuguesa apresenta uma coerência interna aceitável (α de *Cronbach*=0,716), fiabilidade teste-reteste moderada a elevada mediante a dimensão (k de *Cohen* entre 0,555 e 0,663) (Ferreira *et al.*, 2013).

2.4. Recolha de dados

Na sessão inicial de tratamento o fisioterapeuta responsável pelo tratamento do utente, em cada unidade de saúde parceira deste projeto, verificou os critérios de elegibilidade e convidou o utente a participar no estudo. Aos utentes elegíveis e que aceitaram participar, foi solicitado o preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico que inclui a END e das versões portuguesas do *Start Back Screening Tool*, questionário de *Roland-Morris* e EQ-5D-3L (Apêndice 3). Estes questionários foram preenchidos pelo utente, num local reservado sem interferência do fisioterapeuta, exceto caso o utente necessite de auxílio ou de esclarecimento de alguma questão. Seis semanas após o início do tratamento ou

à data de alta clínica se anterior às 6 semanas, correspondendo ao período médio em que, segundo a história natural da condição, se observam diferenças significativas nos *outcomes* de interesse (Artus *et al.*, 2014), os utentes preencheram de novo a END, o questionário de Roland-Morris e a EQ-5D-3L. De modo a uniformizar o registo, todos os fisioterapeutas receberam um manual com instruções para aplicação dos instrumentos aos utentes e registo da sua intervenção e um caderno com todos os instrumentos agregados para cada utente.

2.5. Análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences® Version 28.0 (SPSS-28)*. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes, bem como os elementos do padrão de prática, foram analisadas através de medidas de tendência central e dispersão. Com os resultados obtidos, foram analisadas as diferenças entre o momento inicial e final em estudo e foi averiguada a normalidade das variáveis de modo a informar o teste estatístico a utilizar para verificar essa diferença. Uma vez que não se observou a normalidade das variáveis em estudo, as diferenças entre os grupos (convencionado e privado) foram analisadas com recurso ao teste *UMann-Whitney* para as variáveis contínuas e o teste de *Qui-Quadrado* para as variáveis nominais. Quando as variáveis nominais tinham mais do que 2 categorias, observaram-se os valores dos resíduos ajustados padronizados (rap), utilizando como referência o valor de |1,96|. Caso alguma variável ultrapassasse esse valor, o mesmo era mencionado na interpretação do resultado.

As diferenças obtidas entre a *baseline* e os resultados na END e RMDQ às 6 semanas, foram posteriormente convertidos em valores dicotómicos utilizando o valor da Diferença Mínima Clinicamente Importante, classificando os participantes em dois grupos: os que “melhoram acima da DMCI” e os “não melhoraram acima da DMCI”. Neste caso, foi utilizado o teste exato de *Fischer* porque uma das colunas apresentou um $n < 5$.

Por último, para aferir a relação entre o tempo de espera e os resultados clínicos, foi realizada uma correlação de *Spearman* entre o tempo de espera e os *outcomes*

de dor, incapacidade e qualidade de vida. O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

3. Apresentação de Resultados

No global foram contactados 116 fisioterapeutas, dos quais aceitaram participar 20 que trabalham em contexto de prática clínica convencionada com o SNS e 16 que trabalham em prática clínica privada. Da totalidade de utentes convidados, 65 cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar no estudo. Ao longo dos 5 meses de recolha, foram perdidos os dados de 9 utentes por não estarem com os cadernos de estudo devidamente preenchidos. No final, foram integrados no estudo um total de 56 utentes, divididos entre 30 utentes que receberam fisioterapia em contexto de clínicas convencionadas e 26 em contexto de clínicas privadas (figura 1).

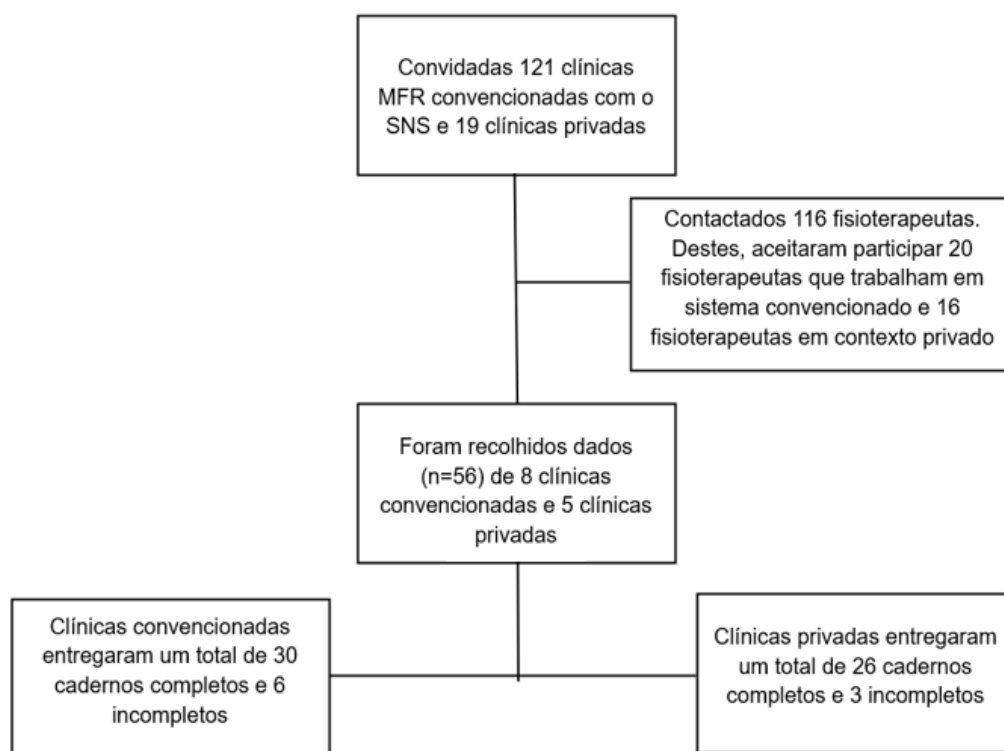


Figura 1- Fluxograma

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra deste estudo foi constituída maioritariamente por utentes do sexo feminino (57%), com uma média de idade de $47 \pm 14,4$ anos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, convencionado e privado, relativamente ao sexo ($p = 0,089$) e à idade ($p = 0,687$).

O índice de massa corporal (IMC) médio foi de $27,2 \pm 3,97$ kg/m², indicando uma tendência para o excesso de peso, sem diferenças significativas entre grupos ($p = 0,285$). Na globalidade, 50% dos participantes apresentaram excesso de peso e 20% dos mesmos, obesidade grau II ou superior com diferenças significativas entre o grupo convencionado e privado ($p = 0,008$). Os resíduos ajustados padronizados superiores a $|1,96|$ indicam que a frequência observada nas categorias de “Peso Normal” e “Excesso de Peso” difere significativamente da esperada, contribuindo para a associação entre as variáveis.

Relativamente ao estado civil, a maioria encontrava-se casada ou em união de facto (57%) sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Convencionado e Privado ($p = 0,440$). As restantes características sociodemográficas encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica

Características sociodemográficas		Global (n = 56)	Convencionado (n=30)	Privado (n=26)	Valor de p
Idade (anos)		47 ± 14,4	48,33 ± 15,4	47,31 ± 13,4	0,687 ¹
Sexo (n, %)	Feminino	32 (57%)	14 (47%)	18 (69%)	0,089 ²
	Masculino	24 (43%)	16 (53%)	8 (31%)	
IMC (kg/m²)		27,2 ± 3,97	27,68 ± 3,4	26,53 ± 4,5	0,285 ¹
IMC (n, %)	Baixo Peso	0	0 (0%)	0 (0%)	0.008 ²
	Peso Normal	17 (30%)	4 (13%) ³	13 (50%) ³	
	Excesso de Peso	28 (50%)	20 (67%) ³	8 (31%) ³	
	Obesidade	11 (20%)	6 (20%)	5 (19%)	
Estado Civil	Solteiro	19 (34%)	11 (37%)	8 (31%)	0.440 ²
	Casado / Unido de Facto	32 (57%)	18 (60%)	14 (54%)	
	Viúvo	1 (2%)	0 (0%)	1 (4%)	
	Divorciado	4 (7%)	1 (3%)	3 (11%)	
Habilitações Literárias	Ensino Primário ou Inferior	7 (13%)	6 (20%)	1 (4%)	0.050 ²
	Ensino Básico	8 (14%)	5 (17%)	3 (11%)	
	Ensino Secundário ou Equivalente	26 (47%)	15 (50%)	11 (42%)	
	Ensino Superior	15 (27%)	4 (13%) ³	11 (42%) ³	
Situação Profissional	A trabalhar	36 (64%)	18 (60%)	18 (69%)	0.502 ²
	De baixa laboral	9 (16%)	4 (13%)	5 (19%)	
	Desempregado(a)	2 (4%)	2 (7%)	0 (0%)	
	Reformado(a)	8 (14%)	5 (17%)	3 (11%)	
	Doméstico(a)	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	

¹ Teste U Mann-Whitney ² Teste de Qui-Quadrado ³ rap > |1,96|

No que respeita às habilitações literárias, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,050$). A maior parte dos participantes do grupo convencionado possui ensino secundário ou equivalente (50%) enquanto os participantes do grupo privado possuem ensino secundário ou

equivalente e ensino superior na mesma proporção (42% cada). Na categoria de “Ensino Superior”, os resíduos ajustados padronizados superiores a $|1,96|$ indicam que a frequência observada difere significativamente da esperada, contribuindo para a associação entre as variáveis. Quanto à situação profissional, 64% dos participantes encontram-se a trabalhar, sem diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,502$).

Tabela 2 - Caracterização Clínica da Amostra

Caracterização Clínica		Global (n=56)	Convencionado (n=30)	Privado (n=26)	Valor de p
Motivo para procurar tratamento	Opção A	11 (20%)	5 (16%)	6 (23%)	0,314 ²
	Opção B	21 (37%)	14 (47%)	7 (27%)	
	Opção C	24 (43%)	11(37%)	13 (50%)	
Duração do episódio atual (n, %)	< 2 semanas	3 (5%)	0 (0%)	3 (11%)	0,219 ²
	2 a 6 semanas	1 (2%)	0 (0%)	1 (4%)	
	7 a 12 semanas	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	
	> 12 semanas	20 (35%)	11 (37%)	9 (35%)	
	Não Respondeu	31 (55%)	18 (60%)	13 (50%)	
Dor irradiada (n, %)	Não	20 (35%)	13 (43%)	7 (27%)	0,015 ²
	Sim, 1 membro inferior	28 (50%)	10 (33%) ³	18 (69%) ³	
	Sim, 2 membros inferiores	8 (14%)	7 (23%) ³	1 (4%) ³	
Está de baixa devido à lombalgia (n, %)	Sim	12 (21%)	8 (27%)	4 (15%)	0,305 ²
	Não	44 (79%)	22 (73%)	22 (85%)	
Quantidade de episódios lombalgia (n, %)	1-2	5 (9%)	0 (0%) ³	5 (19%) ³	0,001 ²
	3-5	8 (14 %)	2 (7%)	6 (23%)	
	>5	11 (20%)	4 (13%)	7 (27%)	
	Dor contínua	32 (57%)	24 (80%) ³	8 (31%) ³	

¹ Teste U Mann-Whitney ²Teste de Qui-Quadrado ³rap > $|1,96|$

Em relação à quantidade de episódios de lombalgia, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,001$). Globalmente, 57% dos participantes apresentavam dor contínua, sendo esta condição mais prevalente no grupo convencionado (80%) comparativamente ao grupo privado (31%). Nas categorias de “1-2” e “Dor contínua” os resíduos ajustados padronizados superiores a $|1,96|$ indicam que as frequências observadas diferem significativamente da esperada, contribuindo para a associação entre as variáveis. No que respeita à presença de dor irradiada foram identificadas diferenças entre grupos. No grupo convencionado a dor irradiada esteve presente em 56% dos participantes face a 73% no grupo privado. Os resíduos ajustados padronizados superiores a $|1,96|$ indicam que a frequência observada nas categorias de “Dor irradiada para 1 membro e para 2 membros” diferem significativamente da esperada, contribuindo para a associação entre as variáveis.

3.2. Caracterização do tempo de espera

No caderno de recolha de dados, e relativamente ao motivo para procurar tratamento, os participantes tinham 3 opções de resposta: opção A (A dor que sinto na região lombar dura há mais de 24 horas e foi precedida por um período, de pelo menos um mês, sem dor na região lombar); opção B (A dor que sinto na região lombar é um agravamento da minha dor habitual, mas que se tornou difícil de tolerar); opção C (A dor que sinto na região lombar é a minha dor habitual). Dos 56 indivíduos que aceitaram participar neste estudo, 11 selecionaram a opção A (20%), 21 selecionaram a opção B (38%) e 24 selecionaram a opção C (43%) ($p=0,314$). De seguida, os participantes que selecionaram as opções A e B (58%) preencheram as questões relativamente ao tempo de espera (início dos sintomas, data da consulta médica e data da primeira sessão de fisioterapia). Para estes indivíduos, observou-se uma média de 71 ± 56 dias desde o início dos sintomas até ao início da fisioterapia, 58 ± 49 dias entre o início dos sintomas e a consulta médica e 18 ± 22 dias entre a consulta e o início da fisioterapia.

Os tempos médios foram superiores no grupo convencionado em comparação com o privado, sendo que as diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$;

$p = 0,003$; $p < 0,001$, respetivamente). Nesta análise, para os tempos médios do tempo de espera (Início Sintomas até Consulta e Consulta até Fisioterapia) foram excluídos 3 participantes que selecionaram a opção A/B (*outliers*), uma vez que um destes apresentou uma distância temporal entre o início dos sintomas e a consulta médica superior a 365 dias e outros 2 participantes (no grupo privado) receberam intervenção em fisioterapia antes da consulta médica tendo por isso valores negativos entre a consulta médica e a primeira sessão de fisioterapia. Já para o tempo de espera desde o início dos sintomas até à primeira sessão de fisioterapia apenas o participante que apresentou uma distância temporal entre o início dos sintomas e a consulta médica superior a 365 dias foi excluído.

Tabela 3- Caracterização do Tempo Médio de Espera para o início da fisioterapia

		Global (n=29)	Convencionado (n=18)	Privado (n=11)	Valor de p
Tempo de espera (dias)	Início Sintomas até Fisioterapia	71 ± 56 (n=31)	102 ± 48	29 ± 35 (n=13)	<0,001 ¹
	Início Sintomas até Consulta	58 ± 49	77 ± 50	27 ± 28	0,003 ¹
	Consulta até Fisioterapia	18 ± 22	25 ± 22	5 ± 15	<0,001 ¹

¹ Teste U Mann-Whitney

No que toca aos participantes que selecionaram a opção C, 35% apresentavam episódios de lombalgia com duração superior a 12 semanas, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos convencionado (37%) e privado (35%) ($p = 0,219$).

A partir deste momento, toda a análise seguinte foi realizada para os participantes que selecionaram a opção A e B ($n = 31$) relativamente ao motivo para procurar tratamento. Caso a análise ou comparação seja relacionada com tempo de espera entre o início dos sintomas e a data da consulta ou entre a data da consulta e a primeira sessão de fisioterapia, o número de participantes é inferior por exclusão dos *outliers* ($n=29$).

3.3. Diferenças clínicas na avaliação inicial

Na avaliação clínica inicial, observou-se que a maioria dos participantes (61%) foi classificada como Médio Risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante, de acordo com o *Start Back Screening Tool* (SBST). Entre grupos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,375$), com uma maior proporção de indivíduos em Elevado Risco no grupo convencionado (28%) comparativamente ao privado (8%).

Tabela 4- Resultados clínicos na *baseline*

Resultados Clínicos na <i>baseline</i>		Global (n=31)	Convencionado (n=18)	Privado (n=13)	Valor de p
SBST	Baixo Risco	6 (19%)	3 (17%)	3 (23%)	0,375 ²
	Médio Risco	19 (61%)	10 (56%)	9 (69%)	
	Elevado Risco	6 (20%)	5 (28%)	1 (8%)	
END		6,45 ± 1,88	6,39 ± 2,15	6,54 ± 1,50	0,919 ¹
RMDQ		10,10 ± 5,31	9,50 ± 5,06	10,92 ± 5,78	0,399 ¹
EQ-5D-3L		0,48 ± 0,27	0,53 ± 0,25	0,42 ± 0,29	0,108 ¹

SBST – *Start Back Screening Tool* ; END – *Escala Numérica da Dor* ; RMDQ – *Roland-Morris Disability Questionnaire* ; EQ-5D-3L – *Euro-Quality of Life- 5 Dimensions – 3 Levels*

¹ Teste U Mann-Whitney ² Teste de Qui-Quadrado

Relativamente à intensidade da dor avaliada pela Escala Numérica da Dor (END), a média global foi de $6,45 \pm 1,88$, sem diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,919$). No que diz respeito à incapacidade funcional, medida pelo *Roland-Morris Disability Questionnaire* (RMDQ), os participantes apresentaram uma média de $10,10 \pm 5,31$ pontos, também sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,399$). Por fim, na qualidade de vida relacionada com a saúde, avaliada através do EQ-5D-3L, observou-se um valor médio global de $0,48 \pm 0,27$, sem diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,108$).

Os participantes (n=24) que selecionaram a opção C (“A dor que sinto na região lombar é a minha dor habitual”) tiveram em média $6,50 \pm 2,28$ pontos na intensidade de dor, $6,58 \pm 5,33$ na incapacidade funcional e $0,51 \pm 0,26$ na qualidade de vida.

Entre grupos, não existiram diferenças significativas para a dor ($p= 0,095$), para a incapacidade ($p= 0,704$) e qualidade de vida ($p= 0,617$).

3.4. Evolução clínica dos utentes

Relativamente à evolução clínica no período de 6 semanas do estudo, observou-se uma melhoria global dos participantes em todas as variáveis avaliadas, com diferenças significativas entre grupos em todos os *outcomes*. Em relação à intensidade de dor, o grupo privado reduziu $4,23 \pm 2,01$ pontos face a $2,17 \pm 2,12$ pontos do grupo convencionado ($p= 0,014$). A diferença do grupo privado para o convencionado manteve-se na incapacidade funcional (RMDQ), reduzindo $8,08 \pm 5,27$ pontos e $-2,50 \pm 5,97$ pontos, respetivamente ($p= 0,010$) conforme os dados apresentados na tabela 5.

A qualidade de vida relacionada com a saúde, avaliada pelo EQ-5D-3L, revelou diferenças estatisticamente significativas, entre grupos ($p= 0,002$), com uma melhoria mais acentuada no grupo que recebeu fisioterapia em contexto de clínica privada ($0,25 \pm 0,22$) em comparação com o grupo que recebeu fisioterapia em contexto de clínica convencionada ($0,03 \pm 0,09$).

Tabela 5 – Resultados Clínicos

Resultados Clínicos	Global (n=31)	Convencionado (n=18)	Privado (n=13)	Valor de p
END	$-3,03 \pm 2,29$	$-2,17 \pm 2,12$	$-4,23 \pm 2,01$	0,014 ¹
RMDQ	$-4,84 \pm 6,26$	$-2,50 \pm 5,97$	$-8,08 \pm 5,27$	0,010 ¹
EQ-5D-3L	$0,12 \pm 0,19$	$0,03 \pm 0,09$	$0,25 \pm 0,22$	0,002 ¹

END – Escala Numérica da Dor ; RMDQ – Roland-Morris Disability Questionnaire

¹ Teste U Mann-Whitney

Relativamente à análise da Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI), observaram-se melhorias clinicamente importantes para a intensidade da dor (DMCI END) como para a incapacidade funcional (DMCI RMDQ) ($p= 0,025$; $p= 0,008$, respetivamente). Os dados estão presentes na tabela 6.

No que diz respeito à DMCI END, verificou-se que 83% dos participantes apresentaram melhoria clinicamente importante da dor, sendo essa proporção mais elevada no grupo privado (100%) quando comparado com o grupo convencionado (61%). Para a DMCI RMDQ, 66% dos participantes obtiveram uma melhoria clinicamente importante na incapacidade funcional, com uma proporção superior de melhoria no grupo privado (93%) relativamente ao grupo convencionado (44%).

Tabela 6- DMCI para a Dor e Incapacidade

Valores das DMCI da Dor e Incapacidade		Global (n=31)	Convencionado (n=18)	Privado (n=13)	Valor de p
DMCI END	Melhorou	24 (83%)	11 (61%)	13 (100%)	0,025 ²
	Não Melhorou	7 (17%)	7 (39%)	0	
DMCI RMDQ	Melhorou	19 (66%)	8 (44%)	12 (93%)	0,008 ²
	Não Melhorou	11 (35%)	10 (56%)	1 (7%)	

DMCI- Diferença Mínima Clinicamente Importante END – Escala Numérica da Dor ; RMDQ – Roland-Morris Disability Questionaire

² Teste de Qui-Quadrado

3.5. Relação entre o tempo de espera e os resultados clínicos reportados

A análise de *Spearman* (Tabela 7) demonstrou, na amostra global, correlações positivas e significativas entre o “tempo desde o início dos sintomas até à primeira sessão de fisioterapia” e os níveis de dor (END: $c = 0,496$, $p = 0,005$) e incapacidade funcional (RMDQ: $c = 0,505$, $p = 0,004$). Essa correlação positiva também se observou entre o “início dos sintomas até à consulta médica” (END: $c = 0,654$; $p < 0,001$; RMDQ: $c = 0,649$; $p < 0,001$), indicando que quanto maior o tempo até ao início do tratamento, piores são os resultados clínicos obtidos. Adicionalmente, verificaram-se correlações negativas e estatisticamente significativas entre o tempo de espera e a qualidade de vida (EQ-5D-3L), tanto entre o início dos sintomas e a primeira sessão de fisioterapia ($c = -0,446$; $p = 0,012$), como entre o início dos sintomas e a consulta médica ($c = -0,391$; $p = 0,036$), e entre a consulta médica e a primeira sessão de fisioterapia ($c = -0,519$; $p = 0,004$). Estes resultados

evidenciam que atrasos no acesso aos cuidados estão associados a níveis mais baixos de qualidade de vida.

Tabela 7- Correlação de *Spearman* Global

	Global (n=29)					
	END	P-value	RMDQ	P-value	EQ-5D-3L	Valor de p
Tempo desde início do episódio até 1ª à sessão Fisioterapia (n=31)	0,496**	0,005	0,505**	0,004	-0,446	0,012
Tempo desde início do episódio até consulta	0,654**	<0,001	0,649**	<0,001	-0,391	0,036
Tempo desde consulta até à 1ª sessão Fisioterapia	0,298	0,116	0,242	0,205	-0,519	0,004

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na comparação entre os grupos, verificou-se que os utentes que receberam tratamento no sistema convencionado apresentaram correlação moderada entre o “tempo desde o início dos sintomas até à consulta médica”, e a dor (END: $c = 0,463$, $p = 0,05$) e a Incapacidade (RMDQ: $c = 0,585$; $p = 0,01$), enquanto no sistema privado não se observaram correlações estatisticamente significativas (Tabela 8). Esta diferença sugere que os atrasos para a consulta médica têm maior impacto negativo nos utentes do sistema convencionado face aos utentes do sistema privado. Não existiram diferenças significativas entre grupos convencionado e privado na qualidade de vida.

Tabela 8- Correlação de *Spearman* para a Dor, Incapacidade e Qualidade de Vida

Resultados Clínicos	Variável	Grupo	Valor	Valor de p
END	Tempo desde o início do episódio até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	0,286	0,250
		Privado (n=13)	0,328	0,274
	Tempo desde o início dos sintomas até à consulta	Convencionado (n=18)	0,463	0,053
		Privado (n=11)	0,500	0,117
	Tempo desde a consulta até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	-0,193	0,444
		Privado (n=11)	0,015	0,966
RMDQ	Tempo desde o início do episódio até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	0,355	0,148
		Privado (n=13)	0,230	0,451
	Tempo desde o início dos sintomas até à consulta	Convencionado (n=18)	0,585	0,011
		Privado (n=11)	0,254	0,451
	Tempo desde a consulta até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	-0,200	0,426
		Privado (n=11)	-0,099	0,773
EQ-5D-3L	Tempo desde o início do episódio até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	0,001	0,996
		Privado (n=13)	-0,218	0,475
	Tempo desde o início dos sintomas até à consulta	Convencionado (n=18)	-0,010	0,969
		Privado (n=11)	-0,321	0,336
	Tempo desde a consulta até à 1ª sessão de Fisioterapia	Convencionado (n=18)	-0,057	0,821
		Privado (n=11)	0,105	0,760

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o impacto do tempo de espera até ao início da fisioterapia, nos resultados clínicos obtidos por indivíduos com lombalgia, nomeadamente ao nível da dor, da incapacidade funcional e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Em paralelo foram comparados os resultados obtidos entre dois contextos distintos de prestação de cuidados — clínicas convencionadas com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e clínicas privadas, num período máximo de 6 semanas de tratamento.

A amostra foi constituída por 56 participantes adultos com uma média de idade de $47 \pm 14,4$ anos, sem diferenças estatisticamente significativas entre os contextos convencionado e privado. Observou-se uma predominância do sexo feminino (57%), tendência que é consistente com a literatura, a qual refere uma maior prevalência de lombalgia entre mulheres (Ferreira *et al.*, 2021; Branco *et al.*, 2016). O índice de massa corporal médio ($27,2 \pm 3,97$ kg/m²) indicou uma tendência global para o excesso de peso, fator comum neste tipo de população (Hartvigsen *et al.*, 2018).

Do ponto de vista da escolaridade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com uma maior proporção de indivíduos com ensino superior nas clínicas privadas. No estudo de Gomes e colaboradores (2024), cuja amostra foi recrutada nos cuidados de saúde primários pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, a média de participantes com nível de escolaridade inferior ao 9º ano foi de 49% e neste estudo, no grupo convencionado, foi 37%. Já no grupo privado, a média foi de 15%. Estas diferenças corroboram com os achados de Azevedo e colaboradores (2012) que refere que o nível de escolaridade é um forte indicador do nível sócio económico. A maioria dos participantes encontrava-se profissionalmente ativa (64%), o que reforça o impacto económico da lombalgia, frequentemente associada a absentismo laboral e redução de produtividade (Maher *et al.*, 2017).

A presença de dor irradiada para os membros inferiores foi reportada por 64% dos participantes, predominando a irradiação unilateral (50%). Este valor, segundo a literatura, está relacionado com maior intensidade de sintomas e pior prognóstico

funcional (Hartvigsen *et al.*, 2018). Cerca de 43% dos participantes referiram múltiplos episódios prévios de lombalgia, revelando uma tendência para a recorrência. Tal como defendem Maher e colaboradores (2017) e Hartvigsen e colaboradores (2018), a lombalgia não específica deve ser entendida como uma condição recorrente ao longo da vida, influenciada por fatores físicos, psicológicos e sociais. Este padrão de repetição dos episódios reforça a necessidade de estratégias preventivas baseadas na educação, no exercício e na autogestão da dor.

Após selecionar os participantes que responderam às questões A) e B) (n=31) relativamente ao motivo para procurar tratamento, e que assim preencheram as questões relativamente ao tempo de espera (início dos sintomas, data da consulta médica e data da primeira sessão de fisioterapia) foram analisados os *outcomes* clínicos na *baseline*. A análise do *Start Back Screening Tool* (SBST) revelou que mais de metade dos participantes (61%) apresentava médio risco e 20% elevado risco de desenvolver dor incapacitante e persistente. A proporção de casos de elevado risco foi superior no grupo convencionado (28%) face ao privado (8%), refletindo uma diferença clínica à data de início do tratamento. Estes dados são parcialmente corroborados no estudo de Gomes e colaboradores (2024), uma vez que a amostra do estudo supramencionado evidenciou uma distribuição de 38,9% dos participantes que foram classificados com baixo risco, 42,3% com médio risco e 18,8% com elevado risco. Assim, comparando os dados de ambos os estudos, parece existir uma distribuição semelhante no que toca aos indivíduos de elevado risco, mas uma distribuição superior de participantes de médio risco neste estudo face ao trabalho de Gomes e colaboradores (2024) (66% vs 42,3%, respetivamente).

Os valores iniciais de incapacidade e qualidade de vida (10,10 pontos no *Roland-Morris Disability Questionnaire* e 0,48 no EQ-5D-3L) são comparáveis aos dados obtidos em estudos anteriores (Gomes *et al.*, 2024). No que diz respeito à dor, a média obtida no presente estudo foi de 6,45 pontos na Escala Numérica da Dor enquanto no estudo supramencionado o valor médio de dor na *baseline* foi de 4,23 pontos (Gomes *et al.*, 2024).

Finalmente, o tempo médio total de espera até ao início da fisioterapia foi de 71 ± 56 dias, com diferenças entre os dois contextos analisados. No grupo convencionado o tempo de espera foi de 102 ± 48 dias e 29 ± 35 dias nas clínicas privadas. De acordo com o trabalho de Artus e colaboradores (2014), a melhoria dos sintomas da lombalgia ocorre maioritariamente nas primeiras 6 semanas (42 dias) após o início do episódio, seguida de uma redução da recuperação nas semanas seguintes. Tendo em conta a diferença para o grupo convencionado, cujo tempo médio de espera superou em média os 100 dias, estes valores ultrapassam claramente a janela terapêutica recomendada, o que pode comprometer o impacto do tratamento. Por outro lado, estes valores são semelhantes aos descritos por Deslauriers e colaboradores (2021), que observaram tempos de espera até 4,6 meses no sistema público canadiano. A evidência indica que este intervalo temporal se associa a piores resultados clínicos e maior utilização de serviços de saúde e de estratégias como injeções e opioides (Arnold *et al.*, 2019).

Os resultados mostraram que, de forma global, os participantes apresentaram melhorias ao nível da dor e incapacidade. Na globalidade, a intensidade da dor diminuiu em média 3,03 pontos na Escala Numérica da Dor (END), a incapacidade funcional (RMDQ) reduziu 4,84 pontos e a qualidade de vida (EQ-5D-3L) aumentou 0,12 pontos. Estes resultados são compatíveis com estudos prévios que demonstram a efetividade da fisioterapia na redução da dor e da incapacidade associadas à lombalgia (Fritz, J. M, *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2012). No que toca aos grupos privado e convencionado, existiram diferenças significativas com maior redução de dor, mais diminuição de incapacidade e melhoria da qualidade de vida favorável ao sistema privado ($p= 0,014$; $p= 0,010$; $p= 0,002$, respetivamente). A análise da Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) revelou resultados significativamente mais favoráveis no grupo privado, onde 100% dos participantes apresentaram melhoria clinicamente relevante tanto na Escala Numérica da Dor como no *Roland-Morris Disability Questionnaire*. Em contraste, no grupo convencionado, apenas 61% e 44% alcançaram melhoria na END e no RMDQ, respetivamente ($p= 0,025$; $p= 0,008$). Globalmente, 83% dos participantes melhoraram na END e 66% na RMDQ, refletindo ganhos clínicos relevantes. Estes achados sugerem que o contexto de tratamento poderá influenciar os resultados

clínicos e que, quanto mais precoce for prestado os tratamentos de fisioterapia, melhores os resultados clínicos (Deslauriers *et al*, 2019)

A análise de correlação de *Spearman* reforçou esta relação, evidenciando correlações positivas e significativas entre o tempo decorrido desde o início dos sintomas até à primeira sessão efetiva de fisioterapia e os níveis de dor e de incapacidade, ($c=0,496$, $p= 0,005$; $c=0,505$, $p= 0,004$, respetivamente). Por outro lado, apesar de não terem sido estatisticamente significativas, existiram diferenças entre o contexto convencionado e o privado. Ao nível da dor, a correlação entre este e o tempo de espera desde o início dos sintomas e a primeira sessão de fisioterapia foi de 0,286 para o grupo convencionado ($p= 0,250$) e de 0,328 para o privado ($p= 0,274$) enquanto para a incapacidade os valores foram 0,355 no convencionado ($p= 0,148$) e 0,230 para o privado ($p= 0,451$). Já para a qualidade de vida, a correlação foi de 0,001 ($p= 0,996$) para o grupo convencionado face a -0,218 ($p= 0,475$) para o grupo privado. Estes dados, principalmente em conjunto, corroboram com estudos prévios que demonstram que o atraso no acesso à fisioterapia está associado a piores resultados, isto é, maior intensidade da dor, maiores níveis de incapacidade e maior consumo de recursos de saúde ao final de 6 semanas (Arnold *et al.*, 2019; Deslauriers *et al.*, 2021).

A dor lombar é uma condição complexa e com múltiplos fatores contributivos tanto para a dor como para a incapacidade associada, tais como fatores psicológicos, sociais, comorbilidades e mecanismos de processamento da dor (Hartvigsen *et al*, 2018) Deste modo, e tendo em conta que a maioria dos indivíduos melhora substancialmente a dor e incapacidade associada nas primeiras 6 a 12 semanas (Artus *et al.*, 2014), o tempo de espera obtido neste estudo, sugere a necessidade de tornar a fisioterapia mais precoce no tratamento da lombalgia em Portugal.

Pelos resultados obtidos, a diferença entre o setor privado e o sistema convencionado evidencia desigualdades estruturais no acesso à fisioterapia no contexto nacional. O tempo de espera médio superior a três meses para o início da fisioterapia no sistema convencionado é preocupante pois compromete os resultados clínicos e pode promover custos mais elevados e maior utilização de cuidados de saúde em comparação com o início precoce da fisioterapia

(Deslauriers *et al.*, 2021). Estes dados assumem especial relevância tendo em conta que uma parte substancial da população depende dos serviços convencionados para aceder à reabilitação.

Os achados deste estudo têm implicações clínicas e de política de saúde relevantes. Em primeiro lugar, sustentam a necessidade de rever modelo de referenciação para fisioterapia no SNS dado que existe um tempo de espera bastante superior ao sistema privado no início da fisioterapia com impacto direto nos resultados clínicos. Uma possibilidade que poderá facilitar este processo é a implementação de vias de acesso direto à fisioterapia, já adotadas em diversos países europeus. Deste modo, seria possível reduzir o tempo de espera e intervir numa fase mais favorável à recuperação funcional, traduzindo-se em ganhos clínicos e económicos para o sistema de saúde (Demont *et al.*, 2019).

Por fim, do ponto de vista da prática clínica, estes resultados enfatizam a importância de estratégias centradas na intervenção precoce e personalizada, adequadas ao perfil de risco e às necessidades individuais do utente. A integração de ferramentas de estratificação, como o *Start Back Screening Tool*, pode auxiliar na priorização dos casos de maior risco de desenvolver dor persistente e na otimização de recursos em saúde. Assim, para além da facilitação de acesso direto à fisioterapia, é importante que os profissionais de saúde que trabalhem diretamente com estes indivíduos reconheçam o impacto do tempo de espera como um fator modificável, garantindo que a fisioterapia desempenhe um papel ativo e precoce na abordagem da lombalgia (Hartvigsen *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2024)

4.1. Limitações do Estudo

À luz do instrumento ROBINS-I (*Risk of Bias in Non-randomised Studies of Interventions*) proposto por Sterne e colaboradores (2016), o presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas e potenciais vieses que devem ser considerados na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o desenho de estudo observacional e não aleatorizado limita a capacidade de estabelecer relações causais entre o tempo de espera e os resultados clínicos observados, o que configura um potencial viés de confusão. A ausência de controlo de variáveis

como a literacia em saúde, nível socioeconómico e adesão ao tratamento pode ter influenciado a relação entre o atraso no início da fisioterapia e os níveis de dor e incapacidade.

Em segundo lugar, a dimensão da amostra é reduzida (n=56, sendo que para o tempo de espera o n=31) e a heterogeneidade entre os grupos (convencionado e privado) podem ter limitado o poder estatístico, dificultando a identificação de diferenças clinicamente relevantes, e introduzindo viés de seleção, uma vez que os participantes recrutados podem não representar adequadamente a população portuguesa com lombalgia. Paralelamente, o reduzido tamanho da amostra não permitiu a utilização de métodos estatísticos mais robustos com controle de potenciais fatores de confundimento. O recrutamento não aleatório reforça esta limitação.

A ausência de definição do tratamento em fisioterapia prestado constitui outra fonte de viés importante. Embora a distinção entre contextos de tratamento (convencionado vs. privado) tenha sido objetiva, as diferenças no conteúdo, duração e frequência das sessões podem ter influenciado os resultados e gerar viés de classificação e de desempenho. Por outro lado, a utilização de instrumentos de autorreporte para medir variáveis como o tempo de início dos sintomas pode potenciar um viés de memória.

Adicionalmente, a perda de participantes devido a dados incompletos pode ter introduzido viés por dados ausentes, caso esses indivíduos apresentassem características ou resultados diferentes dos restantes. O período de *follow-up* curto (cerca de seis semanas) limita ainda a avaliação dos efeitos clínicos e da recorrência dos sintomas, impossibilitando a análise da evolução funcional a médio e longo prazo.

De forma global, e de acordo com o ROBINS-I, o estudo apresenta um risco de viés global entre moderado e sério, principalmente devido à falta de aleatorização, ao viés de confusão e à heterogeneidade das intervenções. No entanto, a utilização de instrumentos de avaliação validados, a coerência com a literatura internacional e a consistência dos resultados obtidos conferem ao estudo relevância clínica, ainda que os resultados devam ser interpretados com cautela.

4.2. Implicações Clínicas e Perspetivas Futuras

Apesar das limitações metodológicas, este estudo constitui um contributo relevante no contexto nacional, ao analisar de forma sistemática o impacto do tempo de espera até ao início da fisioterapia nos resultados clínicos de indivíduos com lombalgia. Os resultados evidenciam que maiores tempos de espera estão associados a piores *outcomes* clínicos, tanto ao nível da dor como ao da incapacidade funcional, e que o contexto de tratamento, com tempos significativamente mais curtos no setor privado, influencia positivamente a evolução clínica.

Do ponto de vista clínico, estes achados reforçam a importância da intervenção precoce como estratégia para a gestão da lombalgia (Arnold *et al.*, 2019; Deslauriers *et al.*, 2021; Fritz *et al.*, 2015). O atraso no início da fisioterapia não só compromete os resultados clínicos como pode aumentar a utilização de recursos de saúde e potenciar o uso de terapias menos custo-efetivas, como a medicação e os exames complementares. Neste sentido, os resultados deste estudo sustentam a necessidade de rever os modelos de referenciação no Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo vias de acesso mais rápidas e diretas à fisioterapia, à semelhança do que ocorre em diversos países europeus (Arnold *et al.*, 2019; Deslauriers *et al.*, 2021; Fritz *et al.*, 2015).

Futuras investigações deverão incluir amostras de maior dimensão, *follow-ups* mais prolongados e análises de custo-efetividade, de forma a consolidar a evidência sobre o impacto clínico e económico da intervenção precoce da fisioterapia. Além disso, a integração de ferramentas de estratificação do risco, como o *Start Back Screening Tool*, poderá otimizar a priorização de casos e a gestão dos recursos em saúde, permitindo identificar precocemente indivíduos com maior risco de desenvolver dor persistente e incapacitante.

5. Conclusão

Em síntese, o presente estudo reforça que o tempo de espera até ao início da fisioterapia constitui um fator modificável na gestão da lombalgia. Verificou-se que maiores atrasos no acesso aos cuidados de fisioterapia estão associados a piores resultados clínicos, tanto em termos de dor como de incapacidade funcional, evidenciando a importância de uma intervenção precoce.

A redução dos tempos de espera e a implementação de vias de acesso direto à fisioterapia podem traduzir-se em melhores desfechos clínicos, maior eficiência dos cuidados e redução dos custos associados, contribuindo para uma utilização mais coerente dos recursos em saúde. Estes resultados possuem implicações relevantes não só para a prática clínica, mas também para a formulação de políticas de saúde pública orientadas para a equidade de acesso, a sustentabilidade e a qualidade dos serviços prestados.

Promover uma intervenção precoce, personalizada e centrada no utente deve ser entendida como uma estratégia importante no tratamento da lombalgia e na modernização do sistema nacional de saúde. Tal abordagem poderá melhorar a qualidade de vida das pessoas com lombalgia e reduzir o impacto socioeconómico da condição.

Bibliografia

Agency for Health Care Policy and Research. (1994). *Acute low back pain problems in adults: Clinical practice guidelines 14*. Rockville, MD: AHCPR.

Almeida, M., Saragiotto, B., Richards, B., & Maher, C. G. (2018). Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *The Medical journal of Australia*, 208(6), 272–275. <https://doi.org/10.5694/mja17.01152>

Arnold, E., La Barrie, J., DaSilva, L., Patti, M., Goode, A., & Clewley, D. (2019). The effect of timing of physical therapy for acute low back pain on health services utilization: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(7), 1324–1338

Artus, M., Van Der Windt, D., Jordan, K. P., & Croft, P. R. (2014). The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC musculoskeletal disorders*, 15(1), 68.

Bolton, J. E. (1999). Accuracy of recall of usual pain intensity. *Pain*, 83(3), 533–539.

Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... & Canhão, H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt – a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166.

Chiarotto, A., Deyo, R. A., Terwee, C. B., Boers, M., Buchbinder, R., Corbin, T. P., Costa, L. O., Foster, N. E., Grotle, M., Koes, B. W., Kovacs, F. M., Lin, C. W., Maher, C. G., Pearson, A. M., Peul, W. C., Schoene, M. L., Turk, D. C., van Tulder, M. W., & Ostelo, R. W. (2015). Core outcome domains for clinical trials in non-specific low back pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 24(6), 1127–1142. <https://doi.org/10.1007/s00586-015-3892-3>

Childs, J. D., Fritz, J. M., Wu, S. S., et al. (2015). Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Services Research*, 15, 150.

Childs, J. D., Piva, S. R., & Fritz, J. M. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*, 30(11), 1331–1334. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000164099.92112.29>

Chou, R., & Huffman, L. H. (2007). Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 147(7), 492–504.

Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., et al. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 147(7), 478–491.

Cruz, E., Caeiro, C., Fernandes, R., & Gomes, L. (2018). SPLIT - Intervenção Estratificada de Fisioterapia para Indivíduos com Lombalgia. In: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.

Cruz, E., Fernandes, R. & Carnide, F. (2014). Poder de resposta e interpretabilidade da versão portuguesa do Roland Morris Disability Questionnaire em indivíduos com dor lombar crónica em tratamento de fisioterapia. *Acta Reumatologica Portuguesa*. 39(2):144

CSAG – Clinical Standards Advisory Group. (1994). *Report on back pain*. London: HMSO.

da C Menezes Costa, L., Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 184(11), E613–E624. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111271>

Dagenais, S., Caro, J., & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies. *The Spine Journal*, 8(1), 8–20.

Davies, C. & Nitz, A. (2009). Psychometric properties of the Roland-Morris Disability Questionnaire compared to the Oswestry Disability Index: A systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 14(6), 399-408. [10.1179/108331909X12540993898134](https://doi.org/10.1179/108331909X12540993898134)

Delitto, A., George, S. Z., Van Dillen, L. R., et al. (2012). Low back pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(4), A1–A57.

Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and rehabilitation*, 43(12), 1637-1648.

Deslauriers, S., Dery, J., Proulx, K., Laliberte, M., Desmeules, F., Feldman, D. E., & Perreault, K. (2021). Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 43(5), 611-620.

Deyo R. A. (1986). Comparative validity of the sickness impact profile and shorter scales for functional assessment in low-back pain. *Spine*, 11(9), 951–954. <https://doi.org/10.1097/00007632-198611000-00017>

Deyo, R. A., Mirza, S. K., & Martin, B. I. (2006). Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine*, 31(23), 2724–2727.

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., Kerns, R. D., Stucki, G., Allen, R. R., Bellamy, N., Carr, D. B., Chandler, J., Cowan, P., Dionne, R., Galer, B. S., Hertz, S., Jadad, A. R., Kramer, L. D., Manning, D. C., Martin, S., ... IMMPACT (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1-2), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.012>

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R., Katz, N. P., ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance

of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The journal of pain*, 9(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>

Faas, A., Chavannes, A. W., Koes, B. W., et al. (1996). Practice guideline 'low back pain'. Dutch College of General Practitioners.

Fatoye, F., Gebrye, T., Ryan, C. G., Useh, U., & Mbada, C. (2023). Global and regional estimates of clinical and economic burden of low back pain in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 11, 1098100. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1098100>

Ferreira, Manuela L. et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, v. 5, n. 6, p. e316-e329, 2023.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675. <http://doi.org/10.20344/amp.1317>

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Friedman, B. W., Chilstrom, M., Bijur, P. E., & Gallagher, E. J. (2010). Diagnostic testing and treatment of low back pain in U.S. emergency departments. *Spine*, 35(24), E1406–E1411.

Fritz, J. M., Brennan, G. P., Hunter, S. J., & Magel, J. S. (2013). Initial management decisions after a new consultation for low back pain: implications of the usage of physical therapy for subsequent health care costs and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(5), 808–816.

Fritz, J. M., Childs, J. D., Wainner, R. S., & Flynn, T. W. (2012). Primary care referral of patients with a new consultation for low back pain to physical therapy: the impact of the timing and content of care on future healthcare utilization and costs. *Spine*, 37(25), 2114–2121.

Fritz, J. M., Cleland, J. A., & Brennan, G. P. (2007). Does adherence to clinical practice guidelines for patients with acute low back pain improve the quality of care delivered by physical therapists? *Medical Care*, 45(10), 973–980.

Fritz, J. M., Cleland, J. A., Speckman, M., Brennan, G. P., & Hunter, S. J. (2008). Physical therapy for acute low back pain: associations with subsequent healthcare costs. *Spine*, 33(16), 1800–1805.

Fritz, J. M., Kim, M., Magel, J. S., & Asche, C. V. (2017). Cost-effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain. *Spine*, 42(5), 285–290.

Fritz, J. M., Magel, J. S., McFadden, M., et al. (2015). Early physical therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*, 314(14), 1459–1467.

Garshasbi, A., Faghih Zadeh, S. (2005). The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Mar;88(3):271-5

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

GBD 2021 Other Musculoskeletal Disorders Collaborators (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, 5(11), e670–e682. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00232-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00232-1)

Gellhorn AC, Chan L, Martin B, Friedly J. Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy. *Spine* (Phila Pa 1976) 2012;37:775-82

Gellhorn, A. C., Chan, L., Martin, B., & Friedly, J. (2012). Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy. *Spine*, 37(9), 775–782.

Gomes, L. A., Fernandes, R., Caeiro, C., Henriques, A. R., de Sousa, R. D., Branco, J. C., Pimentel-Santos, F., Moniz, R., Vicente, L., Canhão, H., Rodrigues, A. M., & Cruz, E. B. (2024). *A stratified approach for managing patients with low back pain in primary care (SPLIT Program): A before-and-after study. Annals of Family Medicine, 22(3), 195-202*

Gomes, L. A., Rodrigues, A. M., Branco, J. C., Canhão, H., & Cruz, E. B. (2023). Clinical courses, impact and prognostic indicators for a persistent course of low back pain: Results from a population-based cohort study. *Plos one, 18(3), e0265104.*

Gomes, L. M. A. (2023). *Management of low back pain in Portugal: A novel approach to reduce patients' persistent disability* [Tese de doutoramento, Universidade NOVA de Lisboa – NOVA Medical School].

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D. G., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., van Tulder, M., Anema, J. R., Chou, R., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of 45 Disease Study 2017. *The Lancet, 392(10137), 1789–1858.*

Herr, K. A., Spratt, K., Mobily, P. R., & Richardson, G. (2004). Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *The Clinical journal of pain, 20(4), 207–219.* <https://doi.org/10.1097/00002508-200407000-00002>

Hides, J., Richardson, C., & Jull, G. (1996). Multifidus muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first episode low back pain. *Spine, 21(23), 2763–2769.*

Hsieh, C. Y., Phillips, R. B., Adams, A. H., & Pope, M. H. (1992). Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *Journal of manipulative and physiological therapeutics, 15(1), 4–9.*

Institute for Health Metrics and Evaluation (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet.

Järvikoski, A., Mellin, G., Estlander, A. M., Härkäpää, K., Vanharanta, H., Hupli, M., & Heinonen, R. (1993). Outcome of two multimodal back treatment programs with and without intensive physical training. *Journal of spinal disorders*, 6(2), 93–98.

Jette A. M. (2017). The Importance of Dose of a Rehabilitation Intervention. *Physical therapy*, 97(11), 1043. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx085>

Jordan, K., Dunn, K. M., Lewis, M., & Croft, P. (2006). A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain. *Journal of clinical epidemiology*, 59(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.03.018>

Kendall, N. A. S., Linton, S. J., & Main, C. J. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss*. Wellington: Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand.

Kent, P. M., & Keating, J. L. (2005). The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropractic & Osteopathy*, 13(1), 13.

Koes, B. W., van Tulder, M. W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7555), 1430–1434. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>

Koes, B. W., van Tulder, M. W., Ostelo, R., et al. (2001). Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. *Spine*, 26(22), 2504–2513.

Kopec, J. A., & Esdaile, J. M. (1995). Functional disability scales for back pain. *Spine*, 20(17), 1943–1949. <https://doi.org/10.1097/00007632-199509000-00021>

Kremer, E., Atkinson, H. J., & Ignelzi, R. J. (1981). Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, 10(2), 241–248. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(81\)90199-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(81)90199-8)

Linton, S. J. (2000). Review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148–1156.

Liu, X., Hanney, W. J., Masaracchio, M., et al. (2018). Immediate physical therapy initiation in patients with acute low back pain is associated with reduced healthcare utilization and costs. *Physical Therapy*, 98(5), 336–347.

Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. 2008;136:97–116

Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2016). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736-757. [http://doi.org/10.1016/s01406736\(16\)30970-9](http://doi.org/10.1016/s01406736(16)30970-9)

Main, C. J. (1983). The Modified Somatic Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(6), 503–514.

Main, C. J., & Waddell, G. (1984). The detection of psychological abnormality in chronic low back pain using four simple scales. *Current Concepts in Pain*, 2, 10–15.

Maitland, G. D., Hengeveld, E., Banks, K., & English, K. (2000). *Maitland's vertebral manipulation* (6th ed.). London: Butterworth-Heinemann.

Marrache, M., Prasad, N., Margalit, A., et al. (2022). Initial presentation for acute low back pain: is early physical therapy associated with healthcare utilization and spending? *BMC Health Services Research*, 22, 851.

Martin, B. I., Deyo, R. A., Mirza, S. K., et al. (2008). Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA*, 299(6), 656–664.

Martins, V. L. F. (2020). Contributo para a validação do STarT Back 9-item Screening Tool para a População Portuguesa com Dor Lombar. (MSc), Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal,

Moniz, S. (2012). Caracterização da intervenção da Fisioterapia em indivíduos com dor crónica lombar, e seus resultados a nível da dor e capacidade funcional. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum <http://hdl.handle.net/10400.26/4254>

Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., & Hipólito, J. (2010). Questionário de incapacidade de Roland Morris - adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia [Roland Morris disability questionnaire - adaptation and validation for the portuguese speaking patients with back pain]. *Acta medica portuguesa*, 23(5), 761–766.

Nordeman L, Nilsson B, Moller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain* 2006;22:505-11.

Nordeman, L., et al. (2015). Early access to physical therapy for acute low back pain: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, 237–244.

Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2022

Rhon D, Miller R, Fritz J. Effectiveness and downstream healthcare utilization for patients that received early physical therapy versus usual care for low back pain: a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2018;43:1313-21.

Rhon, D., et al. (2018). A randomized trial of early physical therapy for acute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19, 331.

Richardson, C., Jull, G., Hodges, P., & Hides, J. (1999). *Therapeutic exercises for spinal segmental stabilization in low back pain*. London: Churchill Livingstone.

Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115–3124. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00006>

Roland, M., & Morris, R. (1983). A study of the natural history of low back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8(2), 141–144.

Royal College of General Practitioners. (1996, updated 1999). *Low back pain: Evidence review*. London: RCGP.

Serviço Nacional de Saúde (2018). Retrato da Saúde. Ministério da Saúde, Portugal. ISBN:978-989-99480-1-3

Silva, A. (2022). *Efetividade dos cuidados estratificados (Programa SPLIT) na qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários* (Thesis dissertation).

Smeets, R., Vlaeyen, J., Hidding, A., Kester, A., van der Heijden, G., van Geel, A., Knottnerus, J.(2006). Active rehabilitation for chronic low back pain: cognitive behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Jan (20); 7-5.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A.-W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., ... Higgins, J. P. T. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355, i4919.

Thackeray A, Hess R, Dorius J, Brodke D, Fritz J. Relationship of opioid prescriptions to physical therapy referral and participation for Medicaid patients with new-onset low back pain. *J Am Board Fam Med* 2017;30:784-94.

The Back Book. (1996). Norwich: Stationary Office.

The EuroQol Group. (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208.

Von Korff, M., & Moore, J. C. (2001). Stepped care for back pain: activating approaches for primary care. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 911–917.

Wallwork, S. B., Braithwaite, F. A., O'Keeffe, M., Travers, M. J., Summers, S. J., Lange, B., Hince, D. A., Costa, L. O. P., Menezes Costa, L. D. C., Chiera, B., & Moseley, G. L. (2024). The clinical course of acute, subacute and persistent low back pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical*

Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 196(2), E29–E46.

Wand, B. M., Bird, C., McAuley, J. H., Doré, C. J., MacDowell, M., & De Souza, L. H. (2004). Early intervention for the management of acute low back pain: A single blind randomised controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy and exercise. *Spine*, 29(21), 2350–2356.

Ware, J. E., Snow, K. K., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute.

Webster, B. S., & Cifuentes, M. (2010). Early MRI for acute low back pain and long-term outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(9), 900–907.

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of clinical nursing*, 14(7), 798–804.

World Health Organization. (2023). Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches. World Health Organization.

Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT. Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders. *J Occup Environ Med* 2000;42:35-9.

Apêndices

Apêndice 1- Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética

Identificação do documento: CE-IPS nº 143 / 2025

Título do projeto: : Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidade Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde

Investigador principal: Francisco João Serra Chaparro e Jose Daniel Mafaldo dos Santos (ESS)

Equipa de investigação: Eduardo Brazete Cruz (ESS)

Unidade Orgânica do IPS: Escola Superior de Saúde

Outras Unidades/Participantes:

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Documentos recebidos

- Requerimento para pedido de parecer de revisão ética à CE-IPS;
- Formulário para pedido de parecer para PI;
- Cronograma do projeto;
- Registo das atividades de recolha e tratamento de dados do IPS;
- Instrumentos de recolha de dados e Carta Convite;
- Termo de consentimento informado;
- CV Investigador Principal e link para CV do orientador;
- Declaração de Termo de responsabilidade assinado pelos investigadores e orientador;

Análise e Justificação do Parecer

1. O estudo proposto, "Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidade Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde ", pretende "Examinar o efeito dos parâmetros de dose-resposta (frequência, tempo, tipo e intensidade) do tratamento nos resultados clínicos obtidos (intensidade da dor, função e qualidade de vida), em utentes em tratamento de lombalgia nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação convencionadas" e cumulativamente pretende "Examinar o efeito do tempo de espera (consulta de Medicina Física e Reabilitação e início da Fisioterapia) nos resultados clínicos obtidos (intensidade da dor, função e qualidade de vida), em utentes em tratamento de lombalgia nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação convencionadas;"
2. Este projeto é enquadrado para tese de mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado pela ESS-IPS.
3. A amostra é recrutada de forma conveniente, cumprindo o anonimato e confidencialidade dos participantes, sendo constituída por " utentes que iniciem tratamento por lombalgia de qualquer duração, em Unidades de MFR convencionadas com o SNS". É garantida a possibilidade de o participante abandonar o estudo voluntariamente e a qualquer momento da execução do mesmo, sem ter que facultar uma explicação para tal. Os dados serão guardados pelos responsáveis do projeto num

armazenamento seguro, cuja acesso está restrito a este, e serão usados para fins académicos. Após apresentados os dados estes serão destruídos.

4. Os procedimentos do estudo são apresentados de forma clara e perceptível, e apresentam como instrumentos de recolha de dados um questionário sociodemográfico/clinico, um questionário para avaliação do risco de desenvolver lombalgia persistente e incapacitante, duas escalas numérica da dor e uma folha de registo das atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta. O primeiro questionário tem o objetivo de obter informações acerca da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes; a escala de numérica da dor tem o objetivo de medir a percepção de dor do participante; a segunda escala da dor – Rolland-Moris Disability Questionnaire pretende fornecer dados acerca da percepção da dor durante as atividades diárias da pessoa; a escala EQ-5D-3L pretende obter dados acerca do estado e da qualidade de vida relacionado com a saúde da pessoa; e a folha de registo para os fisioterapeutas pretende fornecer dados acerca dos tratamentos realizados nos participantes. A recolha de dados irá ocorrer em dois momentos, um pré e um pós 6 semanas de tratamento ou à data clinica se anterior às 6 semanas; e serão recolhidos os dados dos tratamentos realizados a cada duas semanas.
5. É apresentado o cronograma do projeto, com início em meados de Janeiro e término em Dezembro de 2025.
6. É apresentado a carta convite e termo de consentimento informado, cumprindo todos os requisitos éticos, mas não refere que o termo de consentimento informado é realizado em duplicado. **Solicita-se a introdução deste requisito.**
7. É apresentada a declaração de termo de responsabilidade assinada pelos estudantes e pelo orientador Eduardo Cruz.

Parecer

Em conclusão, a CE-IPS considera que o estudo preenche os requisitos éticos, relativos à proteção dos direitos dos participantes, e emite parecer favorável, nos termos ora apresentado, cabendo ao investigador assegurar as condições de cumprimento do referido no ponto 6.

Setúbal, 17 fevereiro 2025

Presidente CE-IPS

Assinado por: **Lucilia Rosa Mateus Nunes**
Num. de identificação: 06064421
Data: 2025.02.17 18:03:30+00'00'

Apêndice 2- Caderno de Recolha

Carta Explicativa do Estudo para o Fisioterapeuta



Carta Explicativa do Estudo

Título do Projeto: Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidades Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde.

Caro(a) Fisioterapeuta,

Os nossos nomes são Francisco Serra Chaparro e José Mafaldo dos Santos, Fisioterapeutas e estudantes do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/ FCM) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL). De momento, encontramos-nos a conduzir um projeto intitulado: “Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidade Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde” desenvolvido no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/ FCM) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), que conta com a orientação do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é o propósito deste estudo?

O propósito do estudo é examinar o efeito do tempo de espera e dos parâmetros de dose-resposta (frequência, tempo, tipo e intensidade) do tratamento nos resultados clínicos obtidos (intensidade da dor, função e qualidade de vida), em utentes em tratamento de lombalgia nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação (MFR) convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por trabalhar enquanto fisioterapeuta numa unidade MFR convencionada pelo SNS e intervir em indivíduos com lombalgia não-específica.

Tenho mesmo de participar?

A decisão de participar é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta carta explicativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Apenas serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar, podendo contactar um dos investigadores principais através do e-mail disponibilizado no final deste documento, informando da desistência da participação. No caso de já ter integrado o estudo, poderá de igual modo desistir de participar no estudo, sendo os dados recolhidos referentes a si, e aos seus utentes serão imediatamente destruídos. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida profissional atual ou no futuro.

O que acontece se aceitar participar?

Após a assinatura do consentimento informado iremos solicitar que identifique utentes com lombalgia que cumpram os critérios de elegibilidade e que os convide a participar no estudo (conforme carta explicativa e consentimento informado que lhe enviaremos). Caso se verifique a elegibilidade e o consentimento para participação no estudo por parte do utente, iremos pedir-lhe que entregue um caderno de instrumentos ao utente (questionário sociodemográfico e clínico e instrumentos de avaliação) para preenchimento na primeira sessão de tratamento. Ao fim de 6 semanas ou à data de alta se anterior, iremos novamente pedir-lhe que entregue um segundo caderno de instrumentos apenas com os instrumentos de avaliação.

Para além disso, iremos pedir-lhe que registre a sua intervenção a cada 2 semanas de acordo com o formulário em anexo. Todo este processo será explicado individualmente e terá oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas. Salientamos que a participação no estudo não interfere com as suas decisões clínicas nem altera a sua prática usual.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos prometer que este estudo a(o) ajude de alguma forma. Contudo, podemos garantir-lhe que a informação que retirarmos dele irá ajudar-nos a conhecer melhor a influência do tempo de

espera e de diferentes parâmetros da intervenção em fisioterapia (tipo, frequência, tempo e intensidade) nos resultados (dor, capacidade funcional e qualidade de vida) dos utentes com um episódio de lombalgia.

Quais são as possíveis desvantagens em participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo não apresentam riscos associados, pelo que, não são esperadas quaisquer implicações negativas para si. Se, por alguma razão, se sentir prejudicado, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através dos seguintes e-mails: 230512006@estudantes.ips.pt; 230562009@estudantes.ips.pt.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265 709 395), o responsável pela disciplina “Relatório de Investigação”, através do seguinte e-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da Comissão de Ética, através do endereço: comissao.etica@ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos e as suas respostas ao formulário serão codificados e introduzidos pelo investigador principal numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados digital) será armazenada em local seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e estará apenas acessível aos investigadores deste estudo e respetivo orientador.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado um ano após o fim do estudo. Estudo que

está previsto terminar a dezembro de 2025. Os questionários preenchidos serão preservados por um período máximo de três anos após dezembro de 2025.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente, os resultados poderão ser apresentados/publicados em conferências/revistas da especialidade, de forma agregada, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Muito obrigado por ler esta carta explicativa,

E-mails da equipa de investigação:

Francisco João Serra Chaparro: 230512006@estudantes.ips.pt

José Mafaldo dos Santos: 230562009@estudantes.ips.pt

Eduardo Cruz: eduardo.cruz@ess.ips.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

Carta Explicativa do Estudo para o Participante



Carta Explicativa do Estudo

Título do Projeto: Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidade Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde

Caro(a) Participante,

Os nossos nomes são Francisco Serra Chaparro e José Mafaldo dos Santos, Fisioterapeutas e estudantes do 2º ano do Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/ FCM) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL). De momento, encontramos-nos a conduzir um projeto intitulado: “Fisioterapia em utentes com Lombalgia em Unidade Convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde” desenvolvido no âmbito do projeto de investigação do curso de Mestrado em Fisioterapia– Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas (NMS/ FCM) e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), que conta com a orientação do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é o propósito deste estudo?

O propósito do estudo é examinar o efeito do tempo de espera e dos parâmetros de dose-resposta (frequência, tempo, tipo e intensidade) do tratamento nos resultados clínicos obtidos (intensidade da dor, função e qualidade de vida), em utentes em tratamento de lombalgia nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação (MFR) convencionadas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ser um(a) utente que recorreu a uma unidade MFR convencionada pelo SNS de Fisioterapia, por queixas de lombalgia, com ou sem dor para as pernas, com idade compreendida entre 18 e 65 anos e que compreende a língua portuguesa.

Tenho mesmo de participar?

A decisão de participar é sua. Iremos descrever-lhe o estudo ao longo desta carta explicativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. Apenas serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha de o justificar, podendo contactar um dos investigadores principais através do e-mail disponibilizado no final deste documento, informando da sua desistência. No caso de já ter integrado o estudo, poderá de igual modo desistir de participar no estudo, sendo os dados recolhidos imediatamente destruídos.

O que acontece se aceitar participar?

Se aceitar participar, será lhe entregue o consentimento informado, que terá de assinar. De seguida ser-lhe-á pedido que responda a 4 questionários, que incluem questões sobre si e sobre as suas queixas de lombalgia, intensidade da dor, e impacto na função e qualidade de vida. Ao fim de 6 semanas de tratamento, ou à data de alta se anterior, ser-lhe-á novamente pedido o preenchimento de 3 questionários (intensidade da dor, e impacto na função e qualidade de vida). Estimamos que o preenchimento dos questionários não ultrapasse os 15 minutos.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não lhe podemos garantir que este estudo a(o) ajude diretamente de alguma forma. Todavia, podemos garantir-lhe que a informação que iremos obter irá ajudar-nos a conhecer melhor a influência do tempo de espera e de diferentes parâmetros da intervenção em fisioterapia (tipo, frequência, tempo e intensidade) nos resultados (dor, capacidade funcional e qualidade de vida) dos utentes com um episódio de lombalgia.

Quais são as possíveis desvantagens em participar?

Os procedimentos descritos para a realização deste estudo não apresentam riscos associados, pelo que, não são esperadas quaisquer implicações negativas para as pessoas que participarem neste estudo.

E se houver algum problema?

Se tiver alguma queixa sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá contactar um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através dos seguintes e-mails: 230512006@estudantes.ips.pt; 230562009@estudantes.ips.pt

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação, poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265 709 395), o responsável pela disciplina “Relatório de Investigação”, através

do seguinte e-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt, ou um membro da Comissão de Ética, através do endereço: comissao.etica@ips.pt.

A minha participação neste estudo será confidencial e anónima?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos, clínicos e as suas respostas ao questionário e dos utentes serão codificados e introduzidos pelo investigador principal numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados digital) será armazenada em local seguro na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e estará apenas acessível aos investigadores deste estudo e respetivo orientador. Os questionários preenchidos serão preservados por um período máximo de três anos após o término do estudo.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. O código que permite a identificação indireta do titular dos dados será eliminado um ano após o fim do estudo. Estudo que está previsto terminar a dezembro de 2025. Os questionários preenchidos serão preservados por um período máximo de três anos após dezembro de 2025.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente, os resultados poderão ser apresentados/publicados em conferências/revistas da especialidade, de forma agregada, garantindo a impossibilidade de individualizar as respostas de cada participante. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Muito obrigado por ler esta carta explicativa,

E-mails da equipa de investigação:

Francisco João Serra Chaparro: 230512006@estudantes.ips.pt

José Mafaldo dos Santos: 230562009@estudantes.ips.pt

Eduardo Cruz: eduardo.cruz@ess.ips.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

Consentimento Informado para o Fisioterapeuta



Declaração de Consentimento Informado

Declaro que me foram explicados todos os procedimentos do estudo e compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim. Para tal, devo enviar um e-mail para: 230512006@estudantes.ips.pt ou 230562009@estudantes.ips.pt.

Compreendo que todos os meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, assegurando o meu anonimato na divulgação dos resultados. Estou consciente que as respostas serão armazenadas de forma segura sob a responsabilidade da equipa de investigação e apresentadas, exclusivamente, de forma agregada e nunca de forma individual.

Ao aceitar estas condições, autorizo que os meus dados sejam tratados em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), e utilizados exclusivamente para fins de investigação científica, e para nenhum outro propósito. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais e a base de dados serão destruídos 3 anos após o término do estudo.

Para continuar, por favor seleccione os itens abaixo:

Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha formativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores

Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador principal: _____

E-mails da equipa de investigação:

Francisco João Serra Chaparro: 230512006@estudantes.ips.pt

José Mafaldo dos Santos: 230562009@estudantes.ips.pt

Eduardo Cruz: eduardo.cruz@ess.ips.pt

Encarregado de Proteção de Dados, Pedro Ferreira: protecaodados@ips.pt
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)
Telefone: 265709391

Consentimento Informado para o participante



Declaração de Consentimento Informado

Declaro que me foram explicados todos os procedimentos do estudo e compreendo que a minha participação no estudo é completamente voluntária sendo que não são esperados quaisquer riscos ou implicações negativas ou positivas da minha participação. Terei igualmente o direito de colocar qualquer questão durante o desenvolvimento deste estudo, e poderei abandonar o mesmo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação e sem que isso reflita algum tipo de prejuízo ou penalização para mim. Para tal, devo enviar um e-mail para: 230512006@estudantes.ips.pt ou 230562009@estudantes.ips.pt.

Compreendo que todos os meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, assegurando o meu anonimato na divulgação dos resultados. Estou consciente que as respostas serão armazenadas de

forma segura sob a responsabilidade da equipa de investigação e apresentadas, exclusivamente, de forma agregada e nunca de forma individual.

Ao aceitar estas condições, autorizo que os meus dados sejam tratados em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), e utilizados exclusivamente para fins de investigação científica, e para nenhum outro propósito. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais e a base de dados serão destruídos 3 anos após o término do estudo.

Para continuar, por favor selecione os itens abaixo:

- Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha formativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores
- Declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador principal: _____

E-mails da equipa de investigação:

Francisco João Serra Chaparro: 230512006@estudantes.ips.pt

José Mafaldo dos Santos: 230562009@estudantes.ips.pt

Eduardo Cruz: eduardo.cruz@ess.ips.pt

Encarregado de Proteção de Dados, Pedro Ferreira: protecaodados@ips.pt

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

Apêndice 3- Caderno de Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico e *Outcomes* de estudo

Anexo IV – Caderno de Instrumentos (a ser preenchido pelos utentes)

Questionário sociodemográfico e clínico

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (*escolha uma das seguintes opções*)

Solteiro(a) Casado(a)/ União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (*escolha uma das seguintes opções*)

Ensino Primário ou inferior Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional? (*escolha uma das seguintes opções*)

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Reformada (o) Doméstica (o)

DADOS CLÍNICOS

As questões seguintes referem-se ao seu episódio **atual** de dor na região lombar (A razão porque está a receber tratamento).

1. Das três situações que lhe são apresentadas abaixo, selecione (coloque um X) aquela que representa o motivo para procurar tratamento:

a) A dor que sinto na região lombar dura há mais de 24 horas e foi precedida por um período, de pelo menos um mês, sem dor na região lombar.	
b) A dor que sinto na região lombar é um agravamento da minha dor habitual , mas que se tornou difícil de tolerar.	
c) A dor que sinto na região lombar é a minha dor habitual.	

Se selecionou **a)**, indique por favor:

A data de início do episódio _____

A data da consulta na clínica onde está a receber tratamento _____

A data da primeira sessão de Fisioterapia _____

Se selecionou **b)**, indique por favor:

A data em que ocorreu esse agravamento _____

A data da consulta na clínica onde está a receber tratamento _____

A data da primeira sessão de Fisioterapia _____

Se selecionou **c)**, indique por favor, **há quanto tempo tem dor lombar?** (escolha uma das seguintes opções)

0-2 semanas 2-6 semanas 7-12 semanas > 12 semanas

2. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim Não

Se sim, Uma perna Ambas

10. Atualmente, está ausente do seu trabalho devido à sua dor lombar?

Sim Não

1. Quantos episódios de dor lombar já teve até este momento?

(um episódio de dor lombar é definido como presença de dor com duração superior a 24 horas, precedida e seguida por um período, de pelo menos um mês, sem dor na região lombar).

1-2	<input type="checkbox"/>	3-5	<input type="checkbox"/>	>5	<input type="checkbox"/>	A minha dor é contínua	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------	------------------------	--------------------------

2. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor lombar

AGORA

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Nota: Esta questão repete-se 6 semanas após o início da Fisioterapia ou à data de alta se anterior.

The Keele STarT Back Screening Tool¹

Recorde as **últimas duas semanas** e assinale a sua resposta nas seguintes questões:

- | | Discordo
(0) | Concordo
(1) |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Em algum momento nas últimas duas semanas, a minha dor nas costas alastrou para baixo para a(s) minha(s) perna(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Em algum momento nas últimas duas semanas, tive dor no ombro e/ou no pescoço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Devido à minha dor nas costas, apenas caminhei distâncias curtas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nas últimas duas semanas, vesti-me mais lentamente do que o habitual devido à dor nas costas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Não é muito seguro ser fisicamente ativo(a) com a minha dor nas costas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por diversas vezes, tenho-me sentido muito preocupado(a) com a minha dor nas costas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Eu sinto que a minha dor nas costas é terrível e que nunca irá melhorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Em geral já não gosto de todas as coisas que costumava gostar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. No geral, qual o incómodo provocado pela sua dor nas costas nas ultimas duas semanas? | | |

Nada

Pouco

Moderado

Muito

Extremo

© Keele University 01/08/07

¹ **Adaptado e validado para a população Portuguesa por:** Raimundo A, Parraca JA, Batalha, Tomas-Carus, Branco JC, Hill J, Gusi N. (2017). Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool» (SBST). *Acta Reumatol Port.* 42:38-46. Versão Original de Hill, et al. 2008. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59 (5), 632–641.

Roland Morris Disability Questionnaire - versão portuguesa²

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. **Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.**

	Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
	Mudo frequentemente de posição para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
	Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
	Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
	Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
	Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
	Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
	Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
	Visto-me mais lentamente do que é habitual por causa das minhas costas.
	Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
	Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
	Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
	As minhas costas estão quase sempre a doer.
	Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
	Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
	Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.
	Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
	Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
	Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
	Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
	Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
	Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
	Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
	Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas

Nota: O preenchimento deste instrumento repete-se 6 semanas após o início da Fisioterapia ou à data de alta se anterior.

² Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Monteiro et. al. (2010). Ata Médica Portuguesa 23: 761-766. Versão Original de Roland & Morris, 1983. *Spine (Phila Pa 1976)*, 8(2), 141-144.

EQ-5D-3L³

Assinale com uma cruz (assim ☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

Mobilidade

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho de estar na cama

Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

Dor/Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

Ansiedade/Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Nota: O preenchimento deste instrumento repete-se 6 semanas após o início da Fisioterapia ou à data de alta se anterior.

³ **Adaptado e validado para a população Portuguesa por:** Ferreira, PL, Ferreira, LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da versão Portuguesa do EQ-5D, Acta Med Port 2013 Nov-Dec;26(6):664-675. Copyright © EuroQol Group. Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

